RECHERCHES

SUR

L'ANATOMIE ET LA SIGNIFICATION PATHOLOGIQUES

DU LUPUS



LABORATOIRE D'ANATOMIE GÉNÉRALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

RECHERCHES

SUR

L'ANATOMIE ET LA SIGNIFICATION

PATHOLOGIQUES

DU LUPUS

PAR LE DOCTEUR

E. LARROQUE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE TOULOUSE



PARIS

A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

1880

AVANT-PROPOS

Pendant notre séjour à Lyon, M. le professeur Renaut a bien voulu nous admettre, en qualité d'élève, au laboratoire d'anatomie générale où, grâce à sa bienveillance, nous avons pu nous familiariser avec les méthodes de technique histologique. C'est par suite de cette circonstance qu'il nous a été possible de nous livrer à l'examen d'un certain nombre de lupus provenant soit du service de M. Aubert, à l'Antiquaille, soit de celui de M. Dron, aux Chazeaux. Nous avons été d'autant plus engagé à faire cette étude, que

les opinions les plus diverses ont été émises par les auteurs sur l'anatomie pathologique de cette affection cutanée.

M. le Docteur Chandelux avait déjà eu l'occasion de faire sur le lupus des préparations dont les résultats ont été communiqués *à la Société des sciences médicales de Lyon*. C'est avec le plus grand empressement qu'il les a mises à notre disposition. Elles s'ajouteront donc à celles que nous avons faites nous-même, de sorte que la description anatomo-pathologique qui fait l'objet principal de cette thèse, reposera sur l'examen d'un nombre de lupus s'élevant à plus de dix.

L'ordre d'après lequel nous avons cru devoir écrire ce travail est le suivant:

Dans un premier chapitre, sont exposées les opinions des auteurs qui ont écrit sur l'anatomie pathologique de cette maladie. Nous en avons résumé les principales, tout en faisant une plus large part à celles qui, depuis quelques années, tendent à prendre, dans la science, une place définitive.

Afin de faciliter l'intelligence des lésions décrites dans le chapitre III, il nous a paru nécessaire de donner, dans un deuxième chapitre, un court résumé de la structure normale de la peau, telle que nous l'enseignent les travaux les plus récents.

Le chapitre III est exclusivement réservé à la description des lésions que le microscope nous a permis de constater.

Dans le quatrième chapitre, nous nous sommes efforcé d'examiner, en nous basant sur les notions histologiques longuement exposées dans le chapitre précédent, quel est le cadre nosologique dans lequel le lupus peut être le plus convenablement placé.

Nous avons pensé, en outre, qu'il ne serait peut-être pas sans quelque utilité pratique, de rechercher si, parmi les traitements mis en usage jusqu'à ce jour, pour la guérison de cette maladie, il ne s'en trouverait pas quelqu'un auquel on put donner la préférence, en raison de la promptitude et de la durée de ses résultats. Les succès vraiment remarquables que nous avons pu constater dans le service de M. Dron nous ont engagé à faire, dans un cinquième et dernier chapitre, l'exposé du traitement employé par ce chirurgien, en montrant que les résultats avantageux auxquels il arrive, peuvent aisément être expliqués et prévus par la notion même de l'altération pathologique.

Nous ne saurions terminer ces quelques lignes sans témoigner notre profonde gratitude à deux de nos maîtres : M. le Docteur Dron, professeur-agrégé, chirurgien des Chazeaux et M. le Docteur Chandelux, maître de confé-

rences d'anatomie générale. La double tâche que nous nous sommes imposée, nous a été singulièrement facilitée par leurs conseils toujours empreints d'une égale bienveillance. C'est à M. Chandelux que nous devons d'avoir été initié aux études histologiques ; c'est lui qui nous a constamment dirigé dans la partie de ce travail qui a rapport à l'anatomie pathologique. Nous tenons à l'en remercier ici tout particulièrement.

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Gros, chef de clinique médicale, les deux planches qui accompagnent ce travail et qui ont été dessinées par lui, à la chambre claire, sur nos préparations. Nous le remercions vivement du concours qu'il nous a prêté en cette occasion.

Notre ami, M. Simoni, a bien voulu nous traduire le mémoire de Colomiatti. Qu'il reçoive aussi tous nos remercîments.

CHAPITRE I

Historique

Avant l'application du microscope à l'étude de la lésion anatomique propre au lupus, les connaissances des dermatologistes, sur ce sujet, étaient fort restreintes, car la plupart d'entre eux ont complètement laissé de côté cette partie de l'histoire du lupus.

Cazenave et Devergie considèrent la lésion lupeuse comme le résultat d'un travail inflammatoire chronique, occupant toute l'épaisseur de la peau, et pouvant atteindre plus ou moins profondément les tissus sous-cutanés.

Alibert, Rayer, Baumès, dans leurs ouvrages respectifs, ne disent mot de cette lésion. Enfin, Bazin, soit dans ses leçons de pathologie cutanée, soit dans l'article qu'il a consacré au lupus, dans le dictionnaire encyclopédique de Dechambre, estime que la lésion propre à cette affection est une dégénérescence

de la peau, aux mêmes titres que l'épithélioma, le cancer dont elle rappelle les principaux traits et le mode pathologique. On voit donc, par cette courte revue, combien les dermatologistes français se sont peu préoccupés d'établir les lésions anatomiques de cette affection cutanée.

Par contre, l'école allemande est riche en écrits de ce genre, et c'est à elle que revient incontestablement l'honneur d'avoir fait, sur ce sujet, les premières et les plus importantes recherches, en appliquant le microscope à l'étude de cette lésion. Mais si les travaux allemands sont nombreux, ils n'en sont pas moins remarquables par la grande diversité des conclusions auxquelles sont arrivés leurs auteurs. Il ne sera question ici que des plus importants de ces travaux.

Avant de faire leur énumération, nous croyons utile de rappeler qu'un auteur français, Ch. Robin, ayant eu l'occasion de faire l'examen histologique d'un esthiomène ou lupus de la vulve, crut pouvoir conclure que cette affection consistait en une tumeur mixte fibro-plastique et épithéliale. Il trouva, en effet : 1° des fibres fusiformes ; 2° des fibres élastiques ; 3° de nombreux amas de cellules épithéliales. Ces dernières, petites, à contour irrégulier, à noyaux pâles, étaient disposées par groupes autour desquels s'enroulaient des fibres fusiformes et du tissu cellulaire.

Blasius, (1) qui, le premier, fit des recherches sur

(1) *Klinisch-chirurg. Bemerkungen.* Halle 1832.

l'anatomie pathologique du lupus, démontra que le processus spécial à cette maladie cutanée envahit toute l'épaisseur du derme.

Berger (1) émit l'opinion que la lésion lupeuse consiste en une néoformation hypertrophique de cellules en tout semblables à celles du corps muqueux. Il plaça donc le point de départ du processus pathologique dans l'épiderme. Cette opinion de Berger fut, sans modifications notables, acceptée par Bardeleben (2) et par Billroth (3).

Pohl (4) place également le point de départ de la lésion dans le corps muqueux, et voici en peu de mots, la description qu'il en donne : les cellules du réticulum malpighien et leurs noyaux augmentent considérablement de volume, en même temps qu'apparaît un tissu fibreux de nouvelle formation, riche en vaisseaux très volumineux et néoformés. Dans quelques cas on trouve, au milieu de ce tissu, des globes épidermiques parfois pédiculés, des follicules pileux distendus par une accumulation de cellules épidermiques, de telle sorte que, pour cet auteur, le lupus aurait beaucoup d'analogie avec une des formes du cancroïde, c'est-à-dire avec l'épithélioma pavimenteux lobulé.

O. Weber (5) admet aussi comme foyer principal de la lésion, le reticulum malpighien, qui serait le

(1) *Berger. De lupo.* Greyfswald, 1849.
(2) *Lehrbuch der chirurgie und operations lehre* 1859.
(3) *Deutsche Klinik,* 1856.
(4) *Virchow's archiv.* vol. 6.
(5) *Pitha-Bilroth. Lehrbuch der chirurgie.* vol. II.

siège d'une hypergénèse. Les petites cellules néoformées envahissent les parties superficielles du derme qui peut, dans quelques cas, en être infiltré dans toute son épaisseur.

Pour Virchow (1), la masse lupeuse, qu'elle siège dans la peau ou dans les muqueuses, est constituée par un tissu de granulation jeune, très mou et souvent vascularisé. On y trouve de petites cellules arrondies dont quelques-unes ont une telle ressemblance avec les cellules du corps muqueux, qu'il est difficile d'établir la limite entre le tissu malade et le réseau malpighien. Mais il n'admet pas cependant que la peau se transforme en tissu malpighien, ou que les éléments de ce dernier pénètrent dans l'épaisseur du derme. Ces petites cellules sont jeunes, ont des caractères épidermoïdaux peu distincts, et une existence de courte durée.

Wedl, cité par Neumann, place le foyer primitif de la lésion dans le derme, au-dessous du réseau sous-papillaire, et croit qu'elle consiste en une prolifération des cellules de tissu conjonctif, laquelle se montre d'abord dans le tissu cellulaire entourant les glandes sébacées et les follicules pileux. Kaposi partage cette manière de voir.

Auspitz dont Hébra (2) a résumé la description, dans son traité de Dermatologie, pense que la lésion du lupus consiste essentiellement en une infiltration de

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, tome II, traduction de P. Aronssohn.

(8) Hebra, *Traité des maladies de la peau*, tome II, traduction du Dr Doyon.

jeunes cellules affectant uniformément le derme dans toute son épaisseur, et ayant pour point de départ les éléments cellulaires du tissu conjonctif. Quand le lupus est de date peu ancienne, les petites nodosités sont formées par des amas plus ou moins arrondis de cellules accumulées et placées dans le derme au-dessous du réseau sanguin sous-papillaire. De distance en distance, les faisceaux conjonctifs sont écartés de manière à former des espaces plus ou moins ronds, remplis de jeunes cellules, et dans lesquels on trouve un réseau fibreux, délicat, traversé par quelques vaisseaux dilatés. Plus tard, la prolifération atteint les vaisseaux du réseau sous-papillaire, et se poursuit jusqu'au réseau papillaire lui-même. Le tissu des papilles respecté dans les petites nodosités, est alors infiltré de jeunes cellules. Cette hypergenèse se fait aussi autour du glomérule sudoripare, du lobule graisseux, de telle sorte que dans les tubercules anciens et volumineux, l'infiltration de la peau est générale, et qu'on rencontre autour des glandes sébacées et des follicules pileux des points où les jeunes éléments cellulaires sont encore plus nombreux. Les cellules polyédriques de la gaîne extérieure de la racine du poil prennent aussi part à cette prolifération.

L'opinion de Neumann (1) diffère peu de la précédente. D'après cet auteur, il n'est pas douteux que la lésion lupeuse ne consiste en petits éléments cellulaires, disposés d'abord en îlots qui, par suite de la persistance du mal, s'étendent, s'agrandissent en dis-

(1) NEUMANN, *Traité des maladies de la peau*, trad. franc., DARIN.

sociant et refoulant les faisceaux connectifs qui finissent par disparaître. La peau, dans toute son épaisseur, se trouve ainsi envahie par ces jeunes éléments qui sont plongés au milieu d'un ciment très tenace. Quant aux cellules du reticulum malpighien, elles subissent la dégénérescence graisseuse, et se réduisent en une masse moléculaire.

Volkman partage complètement l'opinion de Neumann.

Ed. Rindfleisch (1) considère le lupus comme un adénome de glandes sébacées et sudoripares. Pour lui, la lésion présente tant de caractères propres, qu'il s'engage, à l'aide du microscope, à diagnostiquer le lupus aussi sûrement que le carcinome. La nodosité lupeuse est constituée par un tissu de nouvelle formation, véritable tissu embryonnaire, au sein duquel on trouve des corps ellipsoïdes contournés en différents sens, bosselés dans toute leur étendue, renflés à l'une des extrémités et effilés à l'autre. Ces corpuscules ont la grosseur d'un grain de chènevis, et sont formés par de grosses cellules blanches ne s'imprégnant pas par le carmin. Ils représentent les glandes sébacées et sudoripares dégénérées. Quant au tissu embryonnaire, il a pour origine le tissu conjonctif interstitiel et périphérique de ces glandes.

Friedländer (2) est arrivé à des conclusions bien différentes de toutes celles qui ont été jusqu'ici exposées. Il pense que le lupus n'est pas autre chose que

(1) Ed. Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*, traduction française, F. Gross.

(2) *Untersuchungen über Lupus. Virch. Arch.* 60 B.

la tuberculose cutanée, et voici en peu de mots le résultat de ses recherches : le produit pathologique caractéristique siège dans le derme ; il consiste en un amas de jeunes cellules (tissu de granulation), lesquels contiennent des nodules sphériques, privés de vaisseaux et facilement reconnaissables par la coloration jaune que leur donne le picro-carminate. Ces nodules sont constitués par de grandes cellules irrégulièrement cubiques, plus rarement sphériques ou ellipsoïdes, à contour légèrement sinueux, et renfermant un noyau arrondi d'apparence vésiculeuse, parfois même plusieurs noyaux. Au milieu de ces éléments cellulaires, on voit toujours des cellules géantes typiques, à prolongements effilés, et dans l'intérieur desquelles se trouvent un grand nombre de petits noyaux, le plus souvent périphériques. Indépendamment de la constitution particulière des nodules, le même auteur a constaté, dans quelques cas, la dégénérescence caséeuse des glandes lymphatiques voisines de l'affection cutanée. L'existence de ces nodules privés de vaisseaux, leur constitution histologique, le peu de vie de leurs éléments, qui ont une grande tendance à subir la dégénérescence caséeuse, suffisent pour assimiler le lupus à la tuberculose.

Enfin, le docteur Colomiatti (Francesco) (1), assistant à l'école d'anatomie pathologique de Turin, a publié, il y a quelques années, un intéressant travail sur la structure du lupus et sur celle de la tuberculose

(1) *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. 234, nov. 1875.

cutanée, dont il fait deux maladies distinctes. Pour cet auteur, le lupus « consiste en une néoformation à « base de tissu connectif, appréciable par les nodosi- « tés dont se parsème le derme. Ces nodosités sont « constituées par un reticulum semblable à celui des « tissus ganglionnaires, traversé par des vaisseaux et « des capillaires sanguins, et renfermant de nom- « breuses cellules incolores. Au centre de ces nodosi- « tés, sont des nodules formés par la continuation du « reticulum, dont les mailles se sont élargies, et par « des cellules épithélioïdes, dont quelques-unes sont « de véritables cellules géantes. Elles n'ont, du reste, « avec le reticulum que des rapports de contiguïté ; « elles représentent le stade avancé des cellules, qui, « en dehors des nodules, tapissent les fibres et les « faisceaux fibrilaires du reticulum.

« Le tubercule est constitué par des nodules à cel- « lules géantes polynucléolées, munies de prolonge- « ments multiples, contenant souvent eux-mêmes des « noyaux. Ces prolongements forment, par leurs « anastomoses, un reticulum, au sein duquel se « voient des cellules polyédriques semblables à des « cellules épithélioïdes, et de petits éléments de forme « ronde, provenant du tissu de granulation de la péri- « phérie. »

Cette distinction que le docteur Colomiatti cherche à établir entre le lupus et la tuberculose de la peau est des plus discutées, et nous aurons occasion, dans le chapitre réservé à la signification patholo- gique de la lésion lupeuse, d'indiquer des travaux récemment parus en France sur ce même sujet, et

dont l'analyse sera plus utilement faite que dans le chapitre présent.

En résumé, les diverses opinions formulées jusqu'à ce jour sur la structure du lupus peuvent être réduites à quatre principales :

1° Le lupus est une formation épithéliale exagérée, ayant pour point de départ le corps muqueux (Berger, Pohl, O. Weber).

2° Le lupus est une inflammation chronique du derme (Wirchow, Wedl, Auspitz, Neumann, Volkman).

3° Le lupus est un adénome des glandes sébacées et sudoripares (Rindfleisch).

4° Le lupus est la tuberculose de la peau (Friedländer).

CHAPITRE II

Considérations générales sur la structure de la peau normale.

Dans ce court résumé, nous avons pris pour guide les leçons faites à la Faculté de médecine, par M. le professeur Renaut, pendant le semestre d'hiver de l'année 1878, et publiées dans *les Annales de Dermatologie.*

Le tégument externe se compose de deux couches superposées : l'une profonde, indistinctement appelée chorion ou derme, l'autre, plus superficielle, établissant l'extrême limite entre l'organisme et le monde extérieur, connue le plus communément sous le nom d'épiderme, et qu'en anatomie comparée l'on appelle ectoderme.

Les éléments constitutifs de l'ectoderme sont uniquement représentés par des cellules épithéliales de forme variable, qui, cylindriques dans les couches

profondes, s'aplatissent à mesure qu'elles se rapprochent de la surface de la peau. Chacune d'elles comprend un noyau muni d'un nucléole brillant, et autour duquel s'étend une zone de protoplasma délicat dans son voisinage, mais dont la consistance s'accroît à mesure qu'il devient plus excentrique, pour se résoudre, à la périphérie du corps cellulaire, dans certaines portions de l'épiderme, en une série de denticules donnant à l'élément épithélial l'aspect d'un corpuscule épineux sur toute sa surface. Ces cellules sont fortement soudées entre elles par deux moyens d'union tout particuliers, et offrent une stratification qui permet de considérer différentes couches, dans l'ensemble de l'épiderme. Ces moyens d'union sont représentés par une substance de nature particulière, interposée aux éléments épithéliaux qu'elle soude en quelque sorte, et par les petits prolongements protoplasmiques qui, considérés dans deux cellules voisines, se mettent en contact bout à bout, et ne s'engrènent nullement, comme l'a cru Schultze, qui avait donné aux éléments constitutifs de l'épiderme le nom de cellules engrenées. Les couches que ces cellules forment par leur stratification sont multiples, et chacune d'elles est constituée par des éléments ayant des caractères propres. Immédiatement en rapport avec le chorion, existe une couche à laquelle on a donné le nom de *couche génératrice*. Au-dessus et superposées se montrent : 1° le véritable *stratum de Malpighi*, 2° *la zone granuleuse* de Ranvier; 3° enfin, *le stratum corneum* ou épiderme proprement dit.

La couche génératrice est représentée par une simple rangée de cellules épithéliales cylindriques, implantées perpendiculairement sur le derme, dont elle suit exactement toutes les sinuosités dues à l'existence du corps papillaire. Ces cellules cylindriques sont pourvues de dentelures, en contact bout à bout avec les dentelures des cellules voisines, mais qui, au niveau du derme, s'engrènent véritablement avec de semblables épines faisant saillie à la surface de ce dernier. Elles possèdent des propriétés vitales très actives qui ont valu à la zone qu'elles constituent, la dénomination de *couche génératrice*.

Le véritable stratum de Malpighi qui vient immédiatement au-dessus, plus ou moins épais suivant les régions du corps, est composé de cellules dentelées et n'offrant aucune autre particularité. C'est à l'ensemble de la couche génératrice et de ce stratum qu'on donne le nom de couche muqueuse ou réseau de Malpighi.

Entre la couche cornée ou épiderme proprement dit et le réseau de Malpighi, se trouve la zone appelée par les auteurs stratum granulosum, et qui est constiuée par trois ou quatre lits de cellules à caractère particulier. Elles sont privées de dentelures et ne sont plus soudées que par le ciment intercellulaire. En outre, leur protoplasma est fortement granuleux, et chaque granulation représente la substance particulière appelée *éléïdine* par M. Ranvier, laquelle joue un rôle important dans le processus de kératinisation des cellules de la couche cornée.

Enfin, au-dessus de la zone granuleuse, apparaît

la couche cornée, le stratum corneum, limite extrême du tégument. Les cellules, qui la composent, sont stratifiées, deviennent de plus en plus lamelliformes à mesure qu'elles se rapprochent de la surface, leurs noyaux s'atrophient de plus en plus, et leur protoplasma perd peu à peu ses granulations pour devenir tout à fait transparent. Les cellules les plus voisines de la zone granuleuse forment une couche transparente, homogène, très-résistante : *c'est la lame homogène profonde interne.* Les cellules situées à la surface du stratum corneum forment également une couche homogène qui est le siège d'une exfoliation constante ; *c'est la couche homogène externe ou desquamante.* Entre ces deux couches, l'épiderme non homogène et moins résistant prend un aspect feuilleté : *c'est la lame feuilletée.*

En résumé, nous avons donc dans l'ectoderme, en allant de la superficie à la profondeur, les diverses couches suivantes :

A Couche cornée
- 1° Lame desquamante ;
- 2° Lame feuilletée ;
- 3° Couche homogène ou Stratum lucidum.

B Couche granuleuse.

C Corps muqueux
- 1° Stratum de Malpighi ;
- 2° Couche de cellules génératrices.

Le derme ou chorion, dont l'épiderme doit être considéré comme le revêtement épithélial protecteur, représente la partie fondamentale de la peau. Il sert, en effet, de substratum à un grand nombre d'éléments variés à savoir : 1° des réseaux sanguins,

2° un système lymphatique très riche, 3° des glandes sudoripares, 4° des glandes sébacées, 5° des poils et leurs follicules, 6° enfin, de nombreuses divisions nerveuses. Sa surface externe offre un grand nombre de petites saillies dont l'ensemble porte le nom de corps papillaire, et qui lui donnent un aspect villeux. Ces papilles sont des prolongements du derme lui même, lesquels ont pour destination de multiplier l'étendue de la peau avec toutes ses fonctions, de même que les villosités intestinales ont pour effet d'augmenter la surface absorbante de l'intestin. Les papilles sont tantôt disséminées sans ordre, tantôt elles présentent une disposition assez régulière. Elles se rangent alors en séries linéaires, rectilignes ou curvilignes, bien accusées à la paume des mains et à la plante des pieds. De la face profonde du derme, de celle qui est en contact avec le pannicule adipeux, on voit se détacher de distance en distance, des tractus fibreux pénétrant sous une direction plus ou moins oblique dans la couche adipeuse, qu'ils segmentent de manière à former des aréoles remplies de graisse, et appelés, par les anciens, cônes fibreux de la peau. Au point de vue de sa structure, le derme est constitué par des faisceaux de tissu fibreux, entrecroisés dans les sens les plus variés. Dans l'intervalle de ces faisceaux, des cellules du tissu conjonctif placées bout à bout forment des traînées semblables à celles des tendons, et appliquées sur le contour des faisceaux dont elles prennent exactement le moule. De plus, des fibres élastiques très-multipliées forment des filets qui enlacent chacun des faisceaux fibreux.

Plusieurs réseaux vasculaires apportent au derme et aux papilles, les éléments de leur nutrition. Ces réseaux peuvent être considérés au nombre de quatre: 1° le réseau des papilles, 2° le réseau sous-papillaire, 3° un réseau intradermique, 4° un réseau s'étalant à la limite inférieure du derme.

Le réseau des papilles présente une disposition remarquable: dans chacun des prolongements papillaires, on trouve un petit bouquet vasculaire formé de capillaires, le plus souvent anastomosés de façon à représenter des arcades superposées qui ne dépassent jamais le sommet de la papille. Les faisceaux de tissu conjonctif, qui entourent ces capillaires, sont très-délicats et dirigés parallèlement à l'axe de la papille.

Au niveau de la base du corps papillaire apparaît le second réseau, à mailles serrées, d'où partent des rameaux, assez grêles, pénétrant irrégulièrement dans l'épaisseur du derme, dans lequel ils forment un lacis à larges mailles, et servent de traits d'union entre le réseau sous-papillaire et le réseau profond du derme. Ce lacis vasculaire porte le nom de réseau intradermique. Finalement, à sa limite inférieure, le chorion possède le quatrième réseau, parallèle au réseau sous papillaire, et dont on voit se détacher des rameaux, qui pénètrent dans les aréoles, où ils se divisent pour constituer un réseau à mailles étroites, embrassant les vésicules adipeuses. Telle est la disposition générale des plexus vasculaires dermiques. Mais l'irrigation sanguine s'y fait suivant un mode particulier. A ce point de vue, on peut diviser le derme en une foule de départements vasculaires, non

complètement indépendants, ayant chacun la forme d'ûn cône dont la base arrondie répond à la surface du derme, et le sommet à une artériole sous-dermique, qui, par ses divisions, donne naissance à ce cône vasculaire.

Le derme est extrêmement riche en radicules lymphatiques. Une injection mercurielle pratiquée sur la peau dépouillée de sa couche épithéliale, fait apparaître une fine dentelle argentée, comme étalée à la surface des papilles, mais, en réalité, profondément située dans leur épaisseur. Ces radicules n'ont pas de paroi propre ; elles sont constituées, à l'origine, par les fentes circonscrites par les faisceaux fibreux du derme. Ces fentes ou espaces interfasciculaires sont tapissées par des cellules endothéliales. Ce n'est qu'au niveau des aréoles de la peau que leur paroi propre commence à se dessiner, ainsi que leurs valvules.

Le système glandulaire de la peau comprend deux ordres de glandes bien distinctes et par leur forme et par leur fonction. Les unes, en effet, glandes tubuleuses, sécrètent la sueur et sont appelées *glandes sudoripares ;* les autres, glandes utriculaires, fournissent un liquide gras, onctueux et sont connues sous le nom de *glandes sébacées*. Les premières, très nombreuses, répandues sur toute l'étendue du tégument, à l'exception de quelques parties très restreintes telles que le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille, se montrent très serrées dans la peau de la paume des mains, de la plante des pieds et dans celle du creux de l'aisselle. Le tube, qui constitue chaque glande sudoripare, s'enroule à son extrémité pro-

fonde de manière à représenter un peloton de volume variable, appelé glomérule ou corps glandulaire, et situé non dans l'épaisseur du derme, mais au niveau des aréoles de ce dernier ou bien sous la peau. Ce corps glandulaire est plongé, dans la position qu'il occupe, au milieu d'un tissu cellulaire lâche, pourvu de quelques vésicules adipeuses et où aboutissent une foule de radicules lymphatiques, dont les parois commencent à se dessiner, un grand nombre de troncs nerveux et des vaisseaux sanguins, qui s'enroulent autour du glomérule en embrassant par des anneaux incomplets les différentes parties du peloton glandulaire. Ce tube enroulé comprend dans ses parois trois couches concentriques : l'une extérieure, dépendance du derme et limitée par des cellules plates, qui s'appliquent et se moulent sur la couche suivante ; l'autre, moyenne, paroi propre, homogène, assez résistante dont la nature n'est pas exactement connue ; et enfin, la troisième, interne, de nature épithéliale, chargée de la sécrétion sudorale. Cet épithélium est composé de cellules cylindriques tapissant la paroi propre, formées d'un protoplasma clair, peu granuleux et munies d'un noyau petit, adjacent à la paroi propre du tube. Lorsque les glandes ont abondamment sécrété, ces cellules épithéliales ont un protoplasma fortement granuleux, et leur noyau paraît gonflé. La portion du tube glandulaire qui fait suite au glomérule représente le canal excréteur de la glande. Celui-ci se porte perpendiculairement à la surface de la peau en décrivant des flexuosités plus ou moins accentuées, suivant les régions. Dans les points de la

peau où la couche cornée est naturellement très épaisse, par exemple, aux doigts, on le voit former un certain nombre de tours de spire; ailleurs, il est simplement flexueux. Ce canal émerge du derme au niveau des dépressions interpapillaires. Jusqu'au niveau des papilles, le canal excréteur possède une paroi propre qui est la continuation de la paroi homogène du glomérule; et dans les glandes volumineuses on trouve, sur le pourtour de cette paroi du canal, mais seulement dans son trajet intradermique. une couche plus ou moins épaisse de fibres musculaires lisses, destinées à faciliter l'excrétion des produits glandulaires. Dans toute l'épaisseur de l'ectoderme. le canal excréteur n'est plus représenté que par un simple trajet lacunaire formé au sein du corps de Malpighi et de la couche cornée, de telle sorte que sa paroi est constituée par les cellules même de l'épiderme.

Les glandes sébacées, tout aussi nombreuses que les précédentes, sont comme elles, irrégulièrement réparties dans les différentes régions cutanées. C'est ainsi que très abondantes dans le cuir chevelu, la peau du front, du nez, etc., elles font défaut dans celle de la paume des mains et de la plante des pieds. Situées dans l'épaisseur même du derme, et d'autant plus profondément qu'elles sont plus volumineuses, elles offrent une disposition remarquable. La plupart sont annexées aux follicules pileux dans lesquels elles s'ouvrent. Cependant, dans les régions dépourvues de poils, on les voit s'ouvrir directement à la surface de la peau. Leur configuration est assez variée. Tantôt

elles ne possèdent qu'un seul utricule, tantôt plusieurs, auquel cas elles sont dites lobulées ; enfin, quand elles présentent plusieurs lobules distincts, elles sont lobées. Mais quelle que soit leur forme, leur structure est identique. Elles n'ont pas de paroi propre, et doivent être considérées comme formées par un repli du réseau de Malpighi venant se loger dans une cavité creusée au sein du derme lui-même. Par conséquent, la paroi de cette cavité est représentée par des fibres connectives appartenant au chorion, et dans lesquelles rampent des capillaires, qui décrivent, autour des lobules de la glande, des plexus vasculaires plus ou moins nombreux. Immédiatement appliquées sur les parois de cette cavité se montrent les cellules cylindriques de la zone génératrice et enfin constituant le corps glandulaire lui-même, les cellules dentelées du réseau de Malpighi, lesquelles sont stratifiées comme dans ce réseau. Ce sont ces cellules qui en se remplissant de gouttelettes graisseuses finissent par se rompre, et produisent ainsi le liquide gras, qui lubréfie les poils et la peau.

Les follicules pileux, organes producteurs et protecteurs des poils, sont représentés par de petites cavités cylindroïdes, creusées perpendiculairement dans l'épaisseur de la peau à la surface de laquelle elles s'ouvrent, et dépassant parfois la limite inférieure du derme, dans les régions où les poils sont très-développés. Pour se rendre un compte exact des différentes tuniques qui constituent la paroi folliculaire, on peut se représenter le poil, comme un pieu enfoncé dans la peau dont il refoule, sans les traverser, les différentes couches. Nous avons donc des tuniques appartenant

en propre au derme et d'autres fournies par l'ectoderme lui-même. Les premières sont : 1° une couche fibreuse stratifiée portant le nom de *gaine lamelleuse du poil* et due au repli du derme. C'est sur elle que s'attachent les fibres musculaires destinées à redresser le poil. 2° une couche hyaline, mince, homogène et adhérente à la précédente ; elle est appelée *couche limitante externe*, parce qu'elle établit la limite entre les couches fournies par le derme et celles dues à l'ectoderme. Celles-ci sont plus nombreuses. Nous avons d'abord 1° une zone de cellules prismatiques en tout semblables aux cellules de la zone génératrice ; 2° une couche de cellules polyédriques, dentelées et stratifiées, analogues à celles du corps muqueux. Ces deux couches sont fournies par le réticulum malpighien. Enfin, le stratum corneum donne naissance à une zone épidermique divisée en deux couches : celle de Henle formée de cellules cornées soudées intimement et dont les noyaux sont atrophiés, et la couche de Huxley, à noyaux distincts, formant la dernière limite de la paroi folliculaire. Vers le fond du follicule, les couches formées par l'ectoderme s'amincissent, de sorte qu'à ce niveau, la cavité paraît s'élargir pour mieux loger la papille pileuse et la partie renflée du poil. Cette papille diffère des papilles dermiques par sa situation plus profonde. Elle est entièrement coiffée par l'extrémité inférieure du poil ou bulbe pileux, qui lui adhère d'une manière assez intime. Le poil est une production épidermique, et les différentes parties, qui entrent dans sa texture, correspondent à celles des tuniques de son follicule, qui sont fournies par l'épiderme, de telle sorte

que nous pouvons considérer la production pileuse comme une dépendance de la paroi folliculaire qui, arrivée au niveau de la papille, se réfléchit, la recouvre et remonte vers la surface de la peau pour en émerger sous forme de poil, représentant, pour ainsi dire, l'axe de la cavité folliculaire. Nous trouvons donc, dans la texture du poil : 1° Au-dessus de la papille et la recouvrant, une couche de cellules polyédriques représentant les cellules de la couche génératrice; 2° Au-dessus de cette couche, des cellules molles, stratifiées, semblables à celles du stratum malpighien, et disposées en cône; 3° Au-dessus de ce cône, des cellules granuleuses analogues à celles de la couche granuleuse de l'ectoderme et disposées également en cône. Ces dernières se prolongent dans l'axe du poil pour en constituer la moelle. 4° Enfin, la substance corticale formée par la couche cornée de l'ectoderme, et recouverte elle-même par une zône plus dense, plus mince, appelée *épidermicule*.

Pour être complet, nous rappellerons brièvement que de nombreux nerfs destinés à la peau cheminent d'abord dans le pannicule adipeux d'où ils arrivent au derme en traversant les aréoles. Dans l'épaisseur de la peau, ils suivent les vaisseaux s'anastomosant comme eux, et viennent ainsi à la base du corps papillaire où ils forment un très-riche plexus. C'est de ce dernier que, dans certaines régions cutanées, la paume des mains et la plante des pieds, l'on voit se détacher de minces rameaux composés de quatre ou cinq tubes nerveux, qui constituent, dans les papilles, les corpuscules du tact ou de Meissner.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique du Lupus.

Les préparations, qui ont servi à cette étude, ont été faites sur les pièces que nous ont fournies MM. Dron et Aubert. A la fin de ce travail, nous donnons quelques-unes des observations se rapportant aux malades traités par ces chirurgiens, pour bien montrer que nos examens ont porté sur de véritables lupus, et non sur ces pseudo-lupus auxquels, dans ces derniers temps, on a attribué une structure particulière (Colomiatti). (1)

Nous avons fait ces préparations sur des pièces durcies d'après la méthode ordinaire (2). Colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, elles nous ont permis de constater les lésions nombreuses

(1) *Loco citato*, page 15.

(2) Immersion pendant 24 heures dans l'alcool à 90, puis un quart d'heure dans une solution saturée d'acide picrique, 24 heures dans une solution sirupeuse de gomme et enfin dans l'alcool à 90° *ad libitum*.

qui siègent dans les divers éléments constitutifs de la peau et au-dessous d'elle.

Nous avons donc à passer successivement en revue 1° les lésions de l'épiderme, 2° les lésions du derme, 3° les lésions de voisinage.

I. LÉSIONS DE L'ÉPIDERME

Les modifications survenues du côté de l'épiderme sont d'ordres différents, selon qu'il s'agit d'un lupus non ulcéré, d'un lupus à la période d'ulcération ou, au contraire, d'un lupus en voie de cicatrisation.

(*a*) **Lupus non ulcéré.** — L'épiderme à la surface d'un tel lupus offre un épaississement très marqué. Les différentes couches de cellules épithéliales s'accumulent les unes au-dessus des autres, en lits multiples, de manière à doubler ou tripler l'épaisseur de la couche cornée proprement dite. L'accumulation de ces éléments épidermiques s'explique par une diminution dans l'abondance des cellules de la couche granuleuse. On sait, en effet, que dans tous les points de la surface cutanée, les cellules cornées se soudent d'autant mieux et constituent une lame d'autant plus épaisse et plus solide que la couche granuleuse, au-dessous d'elles, est moins développée et moins distincte. Aussi voyons-nous la couche granuleuse faire à peu près défaut partout où l'épithélium corné va se réunir en couches exubérantes, par exemple au niveau des verrues, au dessous de l'épiderme épaissi de la plante des pieds, au pourtour d'un mal perforant, ou bien encore, au-dessous de

l'ongle. A mesure que l'épiderme subit cet épaississement dans ses couches superficielles, il pousse, en quelque sorte, de véritables racines au sein du stroma modifié du derme (planche I, fig. 1, *c*). On voit les prolongements interpapillaires épithéliaux perdre leur apparence cylindroïde, digitée, et s'enfoncer profondément dans la trame fibreuse dermique, où ils se ramifient un grand nombre de fois. Parmi ces ramifications, les unes vont en s'atténuant progressivement à mesure qu'elles arrivent dans les parties profondes de la peau, d'autres sont reliées par une sorte de pédicule grèle, au bourgeon épithélial interpapillaire primitif, tandis que leur partie profonde est plus ou moins renflée en massue. Il arrive encore que des traînées épithéliales s'étendent, dans une direction variée, de l'une à l'autre de ces ramifications et leur servent de traits d'anastomose.

Ces modifications de l'épiderme sont vues sur nos préparations avec un faible grossissement (*Ocul.* 1 *objet.* 2 de VERICK). Elles se résument donc en un épaississement bien marqué de sa couche superficielle, et dans le bourgeonnement de ses parties profondes ou mieux dans leur involution au milieu des éléments du derme.

A un grossissement plus fort (*Ocul.* 1, *objet.* 6. de VERICK) la principale lésion de l'épiderme siège, ainsi que nous l'avons déjà indiqué en quelques mots, dans la couche de cellules granuleuses. Celles-ci ont diminué de nombre et arrivent même, de distance en distance, à disparaître. En outre, leurs granulations qui se colorent en rouge sous l'influence du carmin, ont, à

leur tour, diminué de nombre et de volume. Quant aux cellules de la couche cornée, leurs caractères sont ceux de l'état normal ; la seule différence consiste dans l'accumulation exagérée de ces cellules. Au-dessous de la couche granuleuse, nous retrouvons le stratum de Malpighi et la couche de cellules génératrices, sans modifications dans leur structure, mais offrant une suractivité dans leur genèse, qui a pour résultat la formation de ces radicules épithéliales décrites plus haut.

L'élongation des bourgeons épithéliaux, leurs ramifications doivent donc être attribuées, en partie, à l'activité exagérée des cellules épithéliales qui se forment en nombre considérable, et en partie aussi, à une sorte de protrusion du derme au dehors sous forme de nodosités qui, de distance en distance, ont soulevé l'épiderme et éloigné sa partie superficielle de l'extrémité profonde des prolongements interpapillaires.

(*b*) **Lupus en voie d'ulcération.**— Lorsque le lupus arrive à la période d'ulcération, l'épiderme peut disparaître de deux manières différentes pour laisser à nu la surface altérée du derme. Tantôt l'épithélium s'amincira progressivement par une sorte de corrosion marchant de dedans en dehors, tantôt il se détachera à la suite d'un travail semblable à celui qui conduit à la formation de la phlyctène. Pour prendre une idée du premier mode, on peut se reporter à la planche 1, fig. 2, *a*, qui reproduit une de nos préparations. On voit alors qu'à la période de début du lupus, laquelle est caractérisée par l'épaississement de l'épiderme, a succédé une nouvelle

période, que nous appellerons période d'état, caractérisée par un amincissement de l'épithélium, qui est sur le point de disparaître. La transition de l'un à l'autre de ces états différents est essentiellement amenée par le développement du travail pathologique dans la trame du derme. C'est par l'accumulation de cellules embryonnaires se substituant aux faisceaux conjonctifs du derme, et par la transformation en globules de pus d'un plus ou moins grand nombre de ces cellules. que l'épiderme, à son tour, va subir des altérations de voisinage. Aussitôt que ces cellules embryonnaires se sont réunies en grand nombre dans les parties superficielles du derme, et commencent à y subir leur phase dégénérative, la genèse des éléments épithéliaux de la couche génératrice subit une perturbation très grande. Ces éléments sont désormais dans un état de vie précaire, se reproduisent mal, de telle sorte que toutes les cellules situées au-dessus de cette couche, et dont l'ensemble constituait l'épiderme primitivement épaissi, étant sécrétées en nombre moindre, tandis qu'elles continuent à se détacher à la surface de la peau, il s'en suit que l'épaisseur de l'épiderme va aller en diminuant.

On voit donc successivement les couches cornées disparaître les premières, et se réduire en une mince pellicule, de sorte qu'à un moment donné l'épiderme est uniquement représenté par la couche de cellules génératrices, le stratum malpighien. quelques vestiges de cellules granuleuses et une couche mince de cellules cornées. Peu à peu la lésion s'accentuera : toutes les différentes cellules qui recouvrent la couche génératrice disparaîtront successivement. et cette

dernière dont les éléments sont plus ou moins dissociés par les cellules embryonnaires, se détachera, à son tour, et laissera à nu la surface altérée du derme. Tout autour du point où l'ulcération s'est produite, on voit l'épiderme subir progressivement les différentes phases de destruction que nous avons signalées, et la dénudation se poursuivre et s'étendre. De distance en distance, quelques lambeaux épidermiques décollés flottent, ou mieux recouvrent le tissu pathologique auquel ils ont cessé d'adhérer. Le processus d'ulcération réside donc, dans ce cas, en une sorte d'usure de l'épiderme, et en une disparition progressive de l'épithélium qui le constitue. C'est là le travail ulcératif que nous avons désigné par le terme d'ulcération par atrophie, ou par corrosion de l'épiderme.

Dans un deuxième mode, (planch. I, fig. I, *a*, *b*) l'ulcération se produit par le mécanisme suivant : sur la surface de l'épiderme, on voit apparaître des phlycténules remplies d'un liquide transparent, et si l'on fait porter la coupe sur ce point, il est aisé de suivre les phases du travail pathologique. Au moment où la phlycténule va se former, les lésions se montrent dans la couche granuleuse. Le noyau de ces cellules se dilate, devient sphérique, vésiculeux ; les granulations diminuent de nombre, et bientôt le protoplasma cellulaire a été transformé ou détruit. Dès lors, l'union entre la couche cornée et le corps muqueux fait, pour ainsi dire défaut, puisque la couche granuleuse, qui sert d'intermédiaire, est elle-même généralement atteinte. Aussi, la lymphe qui baigne les parties superficielles du derme, sous l'influence de la pression excen-

trique générale que produit le mouvement circulatoire, va s'insinuer entre les cellules épithéliales du corps muqueux de Malpighi, et venir se collecter et se réunir en petites sphérules dans les cavités (planch. 1, fig. 1, *b*.) qui prennent naissance par la destruction des zones limitées de la couche granuleuse. La couche cornée, en ce point, est soulevée par la lymphe, et une phlycténule est produite. Ultérieurement, de nouvelles modifications s'observeront dans la phlyctène. Elle s'accroîtra en surface par les progrès que fera. tout autour d'elle, la destruction des cellules de la couche granuleuse. Sa saillie, à la surface des téguments, deviendra également plus considérable, et l'on verra les lames cornées qui, dans ce cas, ont été soulevées en masse, avant d'avoir subi un amincissement quelconque, être pénétrées et envahies de dedans en dehors par le liquide de la phlyctène. Dans sa marche vers l'extérieur, ce liquide écartera les unes des autres les cellules cornées en suivant les trajets de résistance moindre, glissera parallèlement à la surface de l'épiderme entre les faces aplaties de deux lits de cellules superposées, et viendra s'y étaler en une nappe plus ou moins étendue (pl. 1, fig. 1, *g*). De cette façon, le liquide s'est avancé vers la surface de la peau de toute l'épaisseur d'une couche de cellules (pl. 1, fig. 1, *e*). Une série de pénétrations semblables entre les diverses cellules de la couche cornée amènera peu à peu le liquide immédiatement au-dessous de la partie la plus superficielle de l'épiderme, et le trajet tout entier, suivant lequel s'est effectuée la progession, représentera un véritable par-

cours irrégulier et lacuneux. A ce stade, la phlycténule comprend une partie profonde, vésiculeuse, remplie par le liquide, sans détritus ou lambeaux cellulaires, (pl. 1, fig. 1, *b*.), tandis que la partie superficielle offre une série de vacuoles également remplies de liquide, et limitées par les cellules cornées qui ont été écartées par ce dernier et qui flottent au milieu de lui, (pl. 1 fig. 1, *e*).

Parallèlement à l'extension de la phlycténule, surviennent des changements dans la nature de son contenu. A la suite de la sérosité qui constitue la petite phlyctène au début, des cellules embryonnaires se sont également accumulées au sein du liquide (pl. 1, fig. 1, *d*.). Quelques globules rouges issus des vaisseaux peuvent même les accompagner, et lorsque les cellules lymphatiques ou embryonnaires ainsi émigrées cesseront de vivre, le contenu de la phlyctène de limpide qu'il était, deviendra trouble. Une pustule, dès lors, aura pris naissance.

L'érosion de l'épiderme se manifeste tantôt avant la transformation purulente du liquide phlycténulaire, tantôt lorsque cette transformation s'est produite. La différence, entre les deux modes de destruction, est donc uniquement liée à l'épaisseur plus ou moins grande de la couche cornée en ce point. Une épaisseur considérable exige un travail destructif prolongé permettant par conséquent à la transformation purulente de s'effectuer. Par contre, si l'épiderme est mince, l'érosion sera hâtive, et l'ouverture de la phlycténule se fera avant la période de pustulation.

Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, quand la pe-

tite phlyctène s'est ouverte par suite de la rupture de la lame cornée superficielle qui la limite (pl. 1, fig. 1, *a*.) le derme, dans le point correspondant, n'est plus recouvert que par le corps muqueux, c'est-à-dire par les cellules crénelées et la couche génératrice. Ces cellules seront, comme précédemment, dissociées par les éléments embryonnaires qui infiltrent le derme, la desquamation complète se fera, et ce dernier apparaitra privé de son revêtement épithélial. Ce deuxième mode de desquamation et de chute de l'épiderme correspond à l'ulcération par formation de phlyctène.

Le lupus, lorsqu'il commence à s'ulcérer, peut suivre l'un ou l'autre de ces modes pathologiques de destruction de l'épiderme. Toutefois, l'ulcération par corrosion paraît être plus fréquente. Lorsque le début a lieu par une phlycténule, celle-ci est toujours peu développée et peu proéminente. Si, ne considérant plus l'ulcération à son début, on recherche la manière dont s'effectuent ses progrès en longueur, on voit qu'assez souvent tout le pourtour d'une ulcération, qui a succédé au travail de corrosion de l'épiderme, peut offrir, de distance en distance, des phlycténules évoluant vers le processus ulcératif, c'est-à-dire augmentant l'étendue de l'uicération primitive. Réciproquement, une ulcération ayant débuté par une petite phlyctène peut s'étendre et s'accroître d'après le mécanisme de la corrosion épidermique.

(*c*) **Période de réparation ou de guérison.** — Le lupus, même en dehors de toute intervention thérapeutique, arrive, dans quelques cas, à la

guérison . Celle-ci, d'ailleurs, peut survenir soit après, soit avant la période d'ulcération. Si l'ulcération a fait défaut, lorsque la guérison arrive, les lésions du derme disparaissent d'abord ; du tissu fibreux se substitue aux produits pathologiques. Du côté de l'épiderme, dont la seule lésion consistait en un épaississement très-marqué avec ramifications nombreuses des prolongements interpapillaires, le processus curatif est représenté par le retour du revêtement épidermique à son épaisseur normale. Par le fait de la cessation de l'irritation inflammatoire du derme, les cellules épidermiques soustraites à cette influence sont sécrétées moins abondamment. Il se produit donc un amincissement graduel, consécutif à la desquamation des couches cornées auxquelles sont fournis de moins nombreux éléments cellulaires. En outre, la couche granuleuse se reforme et se régénère. Enfin, l'affaissement de la surface cutanée, la résorption des nodosités dermiques amène, à son tour, le retrait des prolongements interpapillaires ramifiés. Il y a ainsi, qu'on nous passe le mot, une sorte d'émaciation de l'épiderme dans ses divers éléments.

Quand la guérison se manifeste après l'ulcération, une fois que les lésions dermiques sont cicatrisées, on voit la partie superficielle du derme se recouvrir de cellules épithéliales, dont l'ensemble représente un épiderme modifié. Ce dernier est, en effet, mince ; il possède une couche de cellules génératrices au-dessus de laquelle s'édifient, presque sans intermédiaire, quelques cellules cornées pavimenteuses. C'est à peine si, de la face profonde de cet épiderme, se détachent

quelques tractus épithéliaux correspondant aux prolongements interpapillaires de l'épiderme normal.

2. LÉSIONS DU DERME

Les altérations qui siègent dans cette partie fondamentale de la peau, sont celles qui donnent au lupus ses véritables caractères et sa signification pathologique. Nous devons donc les décrire avec détails et montrer les variétés qu'elles peuvent offrir. Dans cette description, nous suivrons la même marche que pour les lésions de l'épiderme. Nous aurons, par conséquent, à examiner les lésions : (*a*) dans le lupus non ulcéré ; (*b*) dans le lupus en voie d'ulcération ; (*c*) dans le lupus en voie de cicatrisation.

(a) **Lupus non ulcéré**.— *Infiltration inflammatoire du derme.* —Les premières modifications du derme au moment où débute le lupus, sont essentiellement celles de l'inflammation. De nombreuses cellules embryonnaires se réunissent à la partie superficielle du derme et y forment une nappe cellulaire d'épaisseur variable. Toutefois, dès le principe, cette nappe est peu développée, et n'arrive à atteindre les parties profondes de la peau que par la prolongation du travail pathologique. Le processus dans le derme marche donc de la superficie vers la profondeur. A mesure que les cellules embryonnaires se rassemblent, les fibres conjonctives subissent, sous l'influence de l'irritation inflammatoire, toute une série de transformations. Elles perdent leur apparence fibrillaire, deviennent sans consistance et comme

gélatineuses ; leur solidité déjà profondément altérée subit une atteinte de plus en plus grave. Par le contact des éléments embryonnaires pourvus de mouvements amiboïdes, par la modification profonde du travail nutritif dans toute la région enflammée, on les voit de gélatineuses qu'elles étaient, fondre et disparaître. Il n'en reste plus que des rudiments peu nombreux, réduits à de minces tractus ou filaments déliés, dont on retrouve les traces dans l'intervalle des cellules embryonnaires. Les fibres élastiques éprouvent, à leur tour, une destruction semblable, et ne peuvent plus désormais être distinguées au milieu des éléments pathologiques.

Les cellules embryonnaires proviennent de deux sources : elles sont d'abord abondamment fournies par les capillaires de la peau qui les laissent passer par diapédèse, ainsi que les remarquables recherches de Cohnheim l'ont démontré, sur des tissus expérimentalement enflammés. D'autre part, ces éléments proviennent du retour à l'état embryonnaire des cellules fixes ou cellules plates (Ranvier), du tissu conjonctif, lesquelles sont pourvues, à l'état normal, de prolongements protoplasmiques, ramifiés et anastomosés avec ceux des cellules voisines. C'est, en effet, par l'activité pathologique spéciale que l'inflammation imprime à ces cellules, qu'on leur voit perdre peu à peu leurs prolongements, se séparer des cellules voisines de même ordre, devenir globuleuses et granuleuses, offrir, en un mot, tous les caractères des cellules lymphatiques et notamment leurs propriétés amiboïdes si caractéristiques. Une fois que ce travail de retour à

l'état embryonnaire est accompli, ces cellules, aussi bien que les cellules lymphatiques issues des vaisseaux, sont le siège d'une multiplication des plus actives par scission et bourgeonnement. Les portions individualisées fournies par la cellule-mère ne tardent pas à former des éléments complets, et à devenir absolument identiques, dans leur struture, aux cellules dont elles proviennent.

Ainsi, le résultat du travail inflammatoire a été le suivant : les cellules du tissu conjonctif ont donné naissance à des cellules embryonnaires ; les faisceaux conjonctifs sont devenus gélatineux d'abord, puis ont disparu par une sorte de fusion. Ajoutons que d'innombrables cellules embryonnaires sont émanées des capillaires et que quelques globules rouges peuvent suivre ces éléments embryonnaires dans leur émigration, ce qui nous explique les petites hémorrhagies punctiformes que parfois l'on trouve dans l'épaisseur du derme. Quand le derme est ainsi transformé, à sa superficie, en une couche d'éléments embryonnaires ayant la double origine que nous venons d'indiquer. c'est, en majeure partie par la multiplication sur place de ces éléments que s'accroîtra la nappe embryonnaire du côté de la surface de la peau, tandis que dans ses parties profondes, les mêmes phases d'altération initialement observées dans les parties superficielles, amèneront l'envahissement de couches dermiques nouvelles par un processus pathologique absolument identique.

Au milieu des cellules embryonnaires. existent d'assez nombreux capillaires dont nous ferons plus loin la description. Le derme modifié et transformé.

en partie, en une masse embryonnaire ne conserve pas une surface générale planiforme. Les éléments jeunes se réunissent, par places, en amas distincts, soulèvent la surface cutanée en nodosités multiples plus ou moins saillantes. C'est grâce à cette inégale répartition des cellules embryonnaires que la surface de la peau du lupus prend l'aspect mamelonné, qui a fait donner à l'une des formes de cette affection cutanée, le nom de lupus tuberculeux. C'est encore elle qui éloigne de l'extrémité profonde des prolongements interpapillaires, la surface de l'épiderme et qui, par conséquent, donne à ces derniers la hauteur exagérée que nous avons décrite. En même temps, l'irritation inflammatoire a son retentissement du côté de l'épiderme par une production exagérée de cellules épithéliales, ce qui amène son épaississement et les ramifications de ses prolongements intradermiques.

La lésion initiale a donc son siège dans le derme, et secondairement fait sentir son action sur l'épiderme.

Nous ne saurions passer sous silence un fait particulier. Si, d'une manière générale, les éléments embryonnaires se multiplient dans l'épaisseur du derme, ils n'y sont cependant pas tout à fait jetés comme au hasard. Certaines parties sont, en effet, un lieu de réunion pour ces jeunes cellules. C'est ainsi qu'on les voit dessiner, par des entassements limités, les lacunes et les trajets lymphatiques du derme. Il y a donc, dans cette inflammation chronique, une distension nette des voies lymphatiques non canaliculées de la trame dermique. Ce mode de groupement des élé-

ments embryonnaires n'est point propre au lupus, car on en trouve un exemple remarquable, dans les lésions de l'érysipèle, ainsi que l'a montré M. Renaut (1).

Nous signalons, dès à présent, cette prédominance de la localisation pathologique. Nous y reviendrons plus loin, car, dans un travail déjà cité, le docteur Colomiatti (2), soutient que les voies lymphatiques restent indemnes.

A cette période de début, il se manifeste dans le derme, d'autres altérations commençantes. Comme celles-ci sont toutefois moins accusées dans cette période que dans celle qui va suivre, nous les étudierons dans cette dernière.

(*b*) **Lupus en voie d'ulcération.**—*Formation d'îlots primitifs et d'îlots secondaires.*—Dans cette période, les lésions précédentes subissent une exagération et des modifications qui méritent d'attirer notre attention. Mais nous croyons qu'il est d'abord utile de prendre une idée d'ensemble des altérations dont la peau est le siège, et pour cela, nous n'avons qu'à jeter les yeux sur la planche 1, fig. 2, qui reproduit une de nos préparations, examinée avec l'oc. 1, l'obj. o de Verick. Nous voyons que le derme non seulement est représenté par une nappe, pour ainsi dire continue, de cellules embryonnaires, ébauchant par une accumulation plus grande les trajets et voies lymphatiques, mais bien

(1) J. Renaut. *De l'érysipèle et des œdèmes de la peau.* Thèse de Paris, 1874.

(2) Colomiatti, *loco citato* page 15.

que ces cellules embryonnaires sont groupées en îlots distincts, séparés les uns des autres par du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ces îlots, plus ou moins arrondis reproduisent, dans leur aspect général, la disposition des follicules des ganglions lymphatiques, auxquels on peut les comparer avec avantage. Nous leur donnerons le nom d'îlots secondaires (pl. 1, fig. 2 d. d. d.). Ils sont entourés, sur presque toute leur étendue, par du tissu conjonctif jeune qui les sépare des îlots voisins, leur formant une sorte d'enveloppe et contenant des vaisseaux. Cette enveloppe n'est cependant pas complète ; elle offre quelques petites éraillures par lesquelles les éléments embryonnaires de l'îlot vont se mettre en rapport avec ceux des îlots voisins. Chaque îlot siège dans les parties superficielles du derme. Au-dessous d'eux, réapparaissent le tissu normal du derme et les vésicules adipeuses propres à la région.

Sur la vue d'ensemble, l'intérieur de l'îlot est rempli par des cellules embryonnaires qui n'ont pas toutes le même degré de vitalité, comme permet de l'établir la coloration que leur imprime le carmin. Les unes, en effet, ont une coloration rouge bien marquée, les autres une coloration jaune orangé. L'ensemble de ces deux divers éléments constitue non un mélange uniforme, mais des zones bien distinctes, formées par l'une ou l'autre variété de ces cellules.

Sur la coupe, la surface de l'îlot secondaire et l'îlot tout entier, apparaissent cloisonnés par des traînées cellulaires colorées en rouge (pl. 1, fig. 2 ccc...) qui, de la périphérie, se dirigent dans l'intérieur de

l'îlot, en se ramifiant et s'anastomosant un grand nombre de fois; de manière à circonscrire de petits îlots primitifs, plus ou moins arrondis (pl. 1., fig. 2, *b*) dans lesquels sont logées les cellules embryonnaires qui se colorent en jaunes. Nous pouvons, par anticipation, indiquer ici que les petits îlots jaunâtres correspondent à des points où les cellules sont transformées en globules de pus, tandis que les traînées cellulaires rouges sont formées par des cellules embryonnaires vivantes. Ce sont ces traînées qui émergent à travers l'espèce d'enveloppe conjonctive de l'îlot secondaire pour se rendre à un îlot voisin, ou se continuer avec une traînée semblable siégeant dans l'intervalle de deux îlots rapprochés. Enfin, au centre des petits îlots jaunâtres, même avec un faible grossissement, nous pouvons distinguer, sur quelques-uns d'entre eux, un point rouge, d'aspect irrégulier et qui correspond à l'élément spécial dont nous parlerons plus loin, sous le nom de cellule géante.

Outre les grands îlots ou îlots secondaires, dont l'intérieur est rempli par les petits îlots jaunâtres et les traînées cellulaires rouges, on peut en rencontrer quelques-uns dans lesquels toute la masse cellulaire est uniformément colorée en jaune. Dans ceux-là, on ne peut plus constater de différence entre les éléments embryonnaires : ceux-ci sont tous morts et forment tous des globules de pus.

On peut aussi reconnaître de petits ilots primitifs isolés, (pl. 1, fig. 2, *b*.) qui correspondent aux îlots primitifs dont la réunion forme les ilots secondaires.

Tel est l'aspect général offert par la peau atteinte de lupus.

Pour arriver à une description plus complète, un grossissement plus fort est nécessaire (Ocul. 1. *object. 6 ou 7 de Vérick*). Examinons, d'abord, les petits îlots primitifs isolés que l'on rencontre de distance en distance, et voyons quelle en est la structure. Au centre d'un de ces îlots, nous pouvons rencontrer l'un des points rouges irréguliers dont nous avons signalé l'existence. Ce point rouge correspond à l'élément spécial décrit par Schüppel sous le nom de cellule géante *(Riezenzellen)*, et se présente sous divers aspects. Dans une première forme (pl. 11 fig. 3 a), cet élément représente une cellule aplatie, irrégulière dans son contour, limitée par des lignes brisées dont les points de réunion constituent des angles qui s'effilent en prolongements plus ou moins rameux. Ceux-ci peu distincts se perdent rapidement au milieu des cellules ambiantes, et ne peuvent être au loin poursuivis. Le contour même de la cellule est parfois assez mal limité. Le protoplasma de cette dernière offre deux particularités : d'une part, ses granulations nombreuses se colorent en jaune par le carmin, et lui donnent un aspect gras et trouble ; d'autre part, on y constate de nombreux noyaux ovalaires, munis de nucléoles et disséminés au sein de la substance cellulaire. Quelques-uns de ces noyaux apparaissent sectionnés perpendiculairement à leur grand axe, tandis que d'autres ont été atteints parallèlement à cet axe, et sont vus, pour ainsi dire, de bout.

Une deuxième espèce de cellules géantes a une con-

figuration bien différente : chaque cellule est représentée par un élément arrondi ou ovalaire, sans prolongement, mais dont les limites sont nettes et la périphérie bien marquée. La substance centrale y est formée par une masse granuleuse, colorée en jaune ou jaune verdâtre par le picro-carmin, et contenant des noyaux qui ne sont point disséminés, sans ordre, comme dans la cellule géante précédemment décrite. Ces noyaux, au contraire, sont tous accolés à la paroi qui limite cet élément. Colorés en rouge par le picro-carmin, ils forment à la périphérie une petite couronne ou chapelet de grains rouges, interposés à la substance granuleuse et à la paroi de cette espèce de cellule géante.

La troisième espèce de cellules géantes n'a pas les caractères positifs de celles que nous avons décrites, ni même la limitation incomplète de la première espèce. C'est ainsi que chacun des éléments qui la représentent, se résume en une masse granuleuse se continuant insensiblement et graduellement par sa périphérie avec les cellules embryonaires ambiantes. Ni prolongements rameux, ni contour net, mais des limites incertaines, tels sont les caractères, pour ainsi dire, négatifs de cette pseudo-cellule. Les noyaux eux-mêmes qu'elle renferme, semblent participer à cette décrépitude ; ils sont mal accusés, déformés, jetés sans ordre et peu colorés par le carmin.

Autour de la cellule géante, qui peut être située soit, au centre du petit îlot primitif, soit, à sa périphérie, existe une zone de cellules à caractères bien tranchés. Elles sont connues sous le nom de cellules

épithélioïdes (pl. II, fig. 3, *b*); leurs contours ne sont pas arrondis, mais formés par une série de lignes circonscrivant le protoplasma cellulaire, de manière à former des corps polyédriques ou anguleux, généralement aplatis dans le sens de l'un de leurs diamètres. Ces diverses cellules, pressées les unes contre les autres, se colorent tantôt légèrement en rose par le picro-carmin, tantôt en jaune ou jaune verdâtre, suivant leur degré de vitalité. L'épaisseur de la zone qu'elles forment autour de la cellule géante est, le plus souvent, considérable, par rapport à la surface de l'îlot primitif tout entier; plus rarement cette zone est réduite à un mince ruban cellulaire. Les cellules épithélioïdes les plus voisines de la cellule géante sont moins distinctes que les plus excentriques. Quand la cellule géante fait défaut, toute la partie centrale de l'îlot primitif est occupée par ces cellules. En dehors de la zone épithélioïde, on trouve une nouvelle zone concentrique à la première, et dans laquelle sont réunies d'innombrables cellules embryonnaires arrondies (pl. II, fig. 3, *c*). La coloration de ces dernières varie suivant la période de leur évolution. Circonscrivant cette seconde zone, apparaissent quelques faisceaux conjonctifs plus ou moins nombreux et plus ou moins complets (pl. II, fig. 3, *d*), qui dessinent la limite de l'îlot primitif. Les cellules embryonnaires peuvent dans quelques points s'insinuer entre ces faisceaux, les dissocier, pour se continuer avec les traînées de cellules semblables, accumulées dans les lacunes lymphatiques. Il est, cependant, toujours possible de reconnaître la présence de quelques faisceaux

conjonctifs enveloppants, et de localiser ainsi la lésion.

Pour établir cette description, nous avons choisi un petit îlot rudimentaire primitif. Nous y trouvons, en effet, la lésion à un état d'isolement qui permet d'en apprécier les détails et de voir comment se groupent les divers éléments qui la constituent.

Si nous considérons un îlot secondaire cloisonné, comme il a été déjà dit, par des trainées cellulaires, qui le subdivisent en une série d'îlots primitifs constitués par des cellules un peu différentes de celles des traînées, nous allons retrouver une structure semblable à celle de l'îlot primitif. En effet, chacun des petits îlots primitifs, inclus dans l'îlot secondaire, ressemble en tous points à l'îlot primitif isolé dont nous avons, plus haut, fait la description. Nous y trouvons donc une cellule géante, une couronne de cellules épithélioïdes, qui en est un des caractères importants, et enfin une zone de cellules embryonnaires.

La notion de l'îlot primitif isolé permet ainsi d'arriver à celle de l'îlot secondaire, et de voir comment celui-ci est constitué. Il est possible que l'îlot secondaire se forme par des réunions successives d'îlots primitifs, comme il est possible aussi que tous les îlots primitifs de l'îlot secondaire se soient simultanément développés ; ils sont alors contemporains les uns des autres.

L'organisation de l'îlot primitif à son début est représentée, nous l'avons vu, par la cellule géante, les cellules épithélioïdes, les cellules embryonnaires périphériques. C'est là une phase initiale de l'évo-

lution pathologique, qui, dans sa marche, peut conduire l'îlot primitif vers deux terminaisons bien différentes. Nous allons examiner quelles sont ces deux terminaisons, suivant le travail particulier dont les cellules deviendront le siège.

Évolution ultérieure des îlots primitifs et secondaires. — Les éléments de l'îlot primitif peuvent, dans la suite, ou subir la dégénérescence granulo-graisseuse et la fonte purulente, par le fait d'un travail qui peut être désigné par le nom d'évolution caséeuse, ou bien prendre des caractères particuliers, à la suite desquels on voit apparaître, dans leurs intervalles, des fibres conjonctives. Dans ce dernier cas, on a l'évolution fibreuse.

1° *Évolution caséeuse.* — Lorsque les cellules de l'îlot doivent subir la dégénération granulo-graisseuse, l'altération débute par le centre même de l'ilot, au voisinage de la cellule géante, quand elle existe. Les cellules épithélioïdes les plus centrales, fortement pressées les unes contre les autres, deviennent de plus en plus granuleuses, et présentent à leur intérieur de nombreux grains très réfringents ou colorés en jaune. Peu à peu, les granulations augmentent de nombre; tout le protoplasma est converti en une masse granulo-graisseuse, et les contours de la cellule deviennent eux-mêmes irréguliers et indistincts. Il s'ensuit que le travail modificateur aboutira à la destruction des cellules, dont le résidu formera une masse plus ou moins consistante que l'on a comparée à du mastic. Le travail de destruction cellulaire, dont l'origine a été centrale, s'étend ultérieurement à

la périphérie, dépassant les cellules épithélioïdes, pour envahir la zone des cellules embryonnaires qui se détruisent à leur tour.

Si nous reportons les phénomènes que nous venons de constater dans un îlot primitif à un îlot secondaire, dont les dimensions sont souvent assez étendues, nous verrons les altérations suivre une marche absolument identique dans chacun des petits îlots primitifs, qui, par leur ensemble, constituent l'îlot secondaire. Aussi, par les progrès de la fonte granulo-graisseuse des éléments, tout l'îlot secondaire pourra se trouver transformé en une masse caséeuse du volume d'une lentille à celui d'un pois, ou même d'un volume supérieur, et au sein de laquelle aucun élément ne sera plus désormais distinct. On sait que la transformation caséeuse opérée, il peut se produire plusieurs modes de terminaison : ou bien la masse caséeuse sera éliminée sous forme de pus, par suite de la formation d'un abcès et de la désagrégation de sa substance, ou bien elle se résorbera lentement, ou encore elle pourra subir un commencement d'infiltration calcaire. Dans ce dernier cas, il se peut que la cellule géante, quand elle appartient à la catégorie de celles dont l'aspect est celui des myéloplaxes, agisse pour former et déposer les granulations calcaires. On est, en effet, en Allemagne, très enclin à assigner au myéloplaxe un pareil rôle, dans la formation de l'os. Les causes de cette dégénération granulo-graisseuse des éléments des îlots sont multiples. On a invoqué l'oblitération des vaisseaux, qui correspondent à l'îlot, lequel, par

conséquent, se trouve alors dans une zone anémique et privé d'éléments nutritifs. On a aussi invoqué la pression que les cellules exercent les unes sur les autres, et qui arrêterait le mouvement de nutrition. On donnerait ainsi la raison pour laquelle la dégénérescence débute par le centre de l'îlot. Enfin, Grancher a montré, pour ce qui concerne le tubercule des poumons, que la fonte caséeuse de ce produit est en partie due à la dégénérescence colloïde des cellules. Bien que nous pensions que les lésions observées par nous, dans le lupus soient de nature tuberculeuse, nous ne sommes pas en mesure de dire, si la dégénérescence colloïde est la cause de la caséification des nodules.

2° *Évolution fibreuse.* — Dans cette évolution, l'état primitif subit une tout autre transformation (pl. II. fig. 4) On voit, à un moment donné, les cellules de la périphérie perdre leur aspect épithélioïde, devenir plus ou moins fusiformes et prendre par le picro-carmin une coloration rosée.

Cette transformation se propage dela périphérie au centre de l'îlot, si bien qu'à une période de son évolution, ce dernier se trouve constitué par une réunion de cellules fusiformes dans l'intervalle desquelles on rencontre à peine quelques cellules embryonnaires. Ultérieurement on verra apparaître, dans l'intervalle des cellules, des fibres conjonctives d'abord délicates et plus tard réunies en faisceaux. A mesure que cette formation conjonctive se produit, les cellules fusiformes se ratatinent, sont étranglées par les faisceaux, présentent des crêtes d'empreintes, deviennent, en

un mot, des cellules de tissu conjonctif. L'aboutissant du travail pathologique sera donc, dans ce cas, un petit nodule fibreux.

Si nous transportons les mêmes notions à l'îlot secondaire, nous voyons que chaque îlot primitif qui le constitue, deviendra un noyau fibreux. Les intervalles de ces divers noyaux montreront encore quelques cellules embryonnaires, vestiges des traînées cellulaires rouges décrites plus haut. Mais ces cellules peuvent à leur tour, entrer en voie de formation conjonctive. de telle sorte que l'îlot secondaire tout entier sera converti en une masse de tissu conjonctif plus ou moins dense, au sein de laquelle, sur la coupe, nous reconnaîtrons encore des îlots fibreux à zones concentriques, lesquelles correspondent aux petits îlots primitifs transformés.

Nous nous réservons de faire, dans le chapitre suivant, une étude comparative de ces deux modes de terminaisons observés dans le lupus, terminaisons que l'on retrouve dans les produits de la tuberculose.

Tissu réticulé des îlots. — Sur nos préparations. l'intervalle des éléments cellulaires des ilots nous avait souvent offert, dès le début de leur formation. quelques tractus délicats, qui pouvaient éveiller l'idée d'un véritable tissu réticulé. Il était nécessaire, pour établir le fait, d'avoir recours au lavage au pinceau. afin de chasser les cellules et de montrer la trame qui leur était interposée. Il nous a été permis, grâce à ce procédé, de mettre en évidence le tissu réticulé dont la planche II, fig. 5, représente la disposition. Du reste, dans nos recherches bibliographiques au

sujet des travaux publiés sur la structure du lupus, nous avons trouvé dans le travail du Dr Colomiatti, une description très exacte de ce tissu. Nos préparations nous le présentent avec des caractères absolument identiques à ceux décrits par cet auteur. Nous nous contenterons d'en signaler les principales particularités.

En ayant donc recours à l'artifice du lavage au pinceau, on voit que la trame d'un îlot primitif isolé, au début de sa formation, est représentée par une série de filaments entrecroisés (pl. II, fig. 5, *b*) et anastomosés, circonscrivant des mailles dans lesquelles sont comprises les cellules (pl II, fig. 5, *a*). Ces filaments ténus ont leur origine soit dans le tissu conjonctif de l'ilot, soit dans la paroi des vaisseaux du voisinage (pl. II, fig. 5, *c*). Emanés de l'une ou l'autre de ces origines, ces filaments décrivent de petits arcs de cercle, ou mieux de petits cercles complets, un peu irréguliers, se correspondant par leur convexité et venant, par conséquent, limiter dans les points où trois d'entre eux sont en contact, une petite aire triangulaire, qui est le *point nodal* du tissu réticulé. Les fibres de ce tissu sont extrêmement grèles, elles se colorent légérement en rose par le picro-carmin, et interceptent les mailles dont il a été parlé. Leur continuation avec le tissu conjonctif de la périphérie de l'îlot, et l'ensemble du canevas qu'elles forment occupant l'aire de l'îlot limité par le tissu conjonctif qui l'entoure, permet donc de les comparer à une sorte de dentelle tendue sur un petit cadre. Au niveau de chaque point nodal le carmin colore en rose vif un élément cel-

lulaire que le pinceau n'a pu chasser. Il est, en effet, comme englobé par les fibres conjonctives du reticulum et reste dans leur intervalle (pl. II, fig. 5, *d*). C'est là, la cellule fixe du tissu réticulé. Par le fait même de son étranglement entre la trame de ce tissu, elle n'a pas une forme arrondie, mais une disposition anguleuse ou en tricorne, parce qu'un prolongement de son protoplasma s'insinue dans les angles curvilignes que laissent entre elles, au voisinage de leur accolement, les fibres du tissu réticulé. Les mailles de ce tissu sont ordinairement plus serrées à la périphérie de l'ilot qu'à son centre, et les travées qui les limitent sont également plus épaisses à ce niveau, ce qui dépend de la proximité de leur lieu d'origine. On les voit s'atténuer, s'éffiler et s'épuiser, pour ainsi dire, progressivement en arrivant vers le centre où les mailles sont plus larges. Ce même tissu réticulé se retroüve dans les îlots secondaires avec des caractères tout à fait semblables. Dans ces îlots, les travées épaisses du tissu réticulé ainsi que les mailles étroites qu'elles circonscrivent occupent les trainées des cellules embryonnaires rouges précédemment décrites, et qui cloisonnent l'îlot secondaire en une série de petits îlots primitifs; tandis que au centre de ces derniers le tissu réticulé offre les mailles les plus larges et les travées les plus ténues.

Les cellules embryonnaires et les cellules épithéloïdes contenues dans ces mailles ne contractent avec elles aucune adhérence, et se comportent à leur égard de la même façon que les cellules lymphatiques à l'égard du tissu réticulé du ganglion. L'action du

pinceau chasse non-seulement les cellules des îlots, mais aussi celles qui sont réunies sous forme de rubans dans l'intervalle des îlots. L'expulsion de ces dernières ne laisse voir aucune trame du tissu réticulé. Ce résultat était d'ailleurs prévu, car les cellules en question sont accumulées dans les trajets lymphatiques du derme, tapissés par un endothélium, mais dans lesquels le tissu réticulé fait défaut.

Tous les trajets lymphatiques de la peau ne sont pas remplis par des cellules embryonnaires. Quelques uns, de forme triangulaire, dilatés, (pl. 1, fig. 2, *e*) sont occupés par de la lymphe que les réactifs durcissants employés, ont réduit à l'état de coagulum. Leur lumière est donc en partie obstruée par un bloc de lymphe coagulée, d'apparence grisâtre et granuleuse, au sein duquel on peut apercevoir quelques cellules lymphatiques, colorées en rose et qui y ont été englobées.

Vaisseaux. — Des vaisseaux assez nombreux s'observent en divers points du derme, mais plus spécialement au voisinage de sa surface et dans la région papillaire. Ils sont en partie représentés par les capillaires normaux et préexistants, mais ils proviennent en partie aussi du bourgeonnement des vaisseaux normaux. La multiplication de ces derniers n'est pas le seul changement qu'ils subissent. Nous les voyons de distance en distance offrir, soit une augmentation générale de leur calibre, soit une dilatation ampullaire ou fusiforme. Ces ectasies vasculaires sont surtout bien marquées dans les lupus qui ont subi la transformation fibreuse, et peut-être faut-il voir la

cause de ces dilatations, dans la traction opérée sur les parois des vaisseaux par le tissu conjonctif qui se condense.

La perméabilité du système capillaire existe dans la plus grande partie du derme. Cependant au niveau des îlots primitifs isolés ou des îlots secondaires, on voit certains de ces capillaires s'oblitérer et se remplir d'une substance granuleuse. On peut même facilement s'assurer, sur un îlot primitif qui commence à se former, que parfois la cellule géante centrale n'est pas autre chose qu'un vaisseau oblitéré, dans lequel on retrouve des globules rouges en voie d'altération, mais encore reconnaissables. Tout autour de ces globules, on distingue la paroi vasculaire et son revêtement endothélial qui se traduit par une couronne de petits noyaux rouges, adjacents à cette paroi. Donc, la cellule géante que nous avons décrite avec de tels caractères correspond à un canalicule oblitéré de la circulation. Enfin, il n'est pas rare de trouver, en certains points, de petits foyers d'hémorrhagie intradermique. Les vaisseaux néoformés dont les parois peu résistantes sont plongées dans un tissu embryonnaire, peuvent se rompre aisément et donner lieu à l'issue du sang. L'ectasie ampullaire peut de son côté, être portée à un degré extrême et devenir l'origine d'une rupture. Dans les deux cas, le foyer hémorrhagique est constitué.

Tissu conjonctif et glandes. — Le tissu conjonctif, qui dans les premières phases du lupus avait été détruit, se reforme partiellement et de distance en distance pendant les périodes subséquentes. On en

trouve des faisceaux autour des îlots primitifs et secondaires dont ils forment l'enveloppe. Les intervalles des îlots sont également occupés par des faisceaux de cette nature, mais qui ont subi de profondes modifications. Ils sont réduits à des fibres peu développées, de résistance faible, perdues au milieu de cellules étoilées, assez nombreuses, qui plongent elles-mêmes dans une abondante substance intercellulaire. Il s'agit donc ici d'un tissu conjonctif nouvellement formé, qui n'est encore arrivé qu'à une phase peu avancée de son développement. Dans les intervalles des faisceaux conjonctifs et des cellules de ce tissu, cheminent les vaisseaux sanguins et leurs capillaires. On retrouve aussi, entre les faisceaux conjonctifs, les lacunes lymphatiques dilatées, les unes gorgées de lymphe, les autres remplies de cellules embryonnaires.

Au milieu de ces tissus modifiés, on aperçoit les vestiges des glandes sudoripares et si l'on porte l'attention sur celles qui subissent le premier degré d'altération, on voit que leur destruction est semblable à celle qui se produit pour les cellules de l'épiderme. Par le fait de l'inflammation initiale du derme et de son infiltration par les éléments embryonnaires, les cellules de revêtement des glandes sudoripares subissent des troubles nutritifs, elles se dissocient et se désagrégent pour subir, en dernier lieu, une destruction granulo-graisseuse, tandis que la paroi propre du tube sudoripare disparaît en entier. Il y a donc une destruction complète de la glande, dans tous les points en contact avec les parties enflammées du

derme, mais comme c'est aux couches superficielles qu'est surtout limité le travail inflammatoire, il en résulte que le conduit excréteur de la glande disparaît dans les parties de son trajet qui correspondent aux amas de cellules embryonnaires résultant de l'inflammation, tandis que le glomérule profondément situé, échappe d'abord à l'altération, et n'est modifié que lorsque la lésion atteint les profondeurs de la peau. D'ailleurs, il suffit que le conduit excréteur ait disparu et que le glomérule ne puisse plus verser la sueur à la surface cutanée, pour qu'à la longue il subisse, lui-même, une sorte d'atrophie. Aussi, que la glande soit détruite d'emblée par l'inflammation du derme, ou bien que la destruction de sa partie profonde soit le résultat de la disparition du conduit excréteur, il y aura toujours ce fait important. que la surface cicatricielle d'un lupus guéri, n'aura plus de sécrétion sudorale ou tout au moins présentera une sécrétion très diminuée. M. Aubert (1), dans les intéressantes recherches qu'il a faites sur les glandes sudoripares, a démontré qu'il en était ainsi.

Les glandes sébacées et les follicules pileux subissent une série d'altérations fort semblables à celles des glandes précédentes, et à celles de l'épiderme. Toutefois, ces altérations sont souvent moins accusées que pour les glandes sudoripares, bien que, dans un assez grand nombre de cas, elles aboutissent à la destruction complète des follicules et des glandes séba-

(1) Comptes rendus de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, le Hâvre, 1877.

cées. Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire de nous étendre plus longuement sur les altérations des follicules et des glandes, qui sont toujours des lésions de voisinage et ne constituent pas, par conséquent, l'essence même de la maladie.

(c) **Lupus en voie de cicatrisation.** — La cicatrisation du lupus a lieu soit avant, soit après la période d'ulcération. Dans le premier cas, les divers éléments pathologiques infiltrés dans le derme subissent un travail particulier ; les cellules embryonnaires évoluent de la même façon que lorsque les îlots subissent la transformation fibreuse, c'est-à-dire qu'elles s'allongent et deviennent fusiformes. Entre ces cellules ainsi modifiées, apparaissent des fibres de tissu conjonctif qui s'édifient, s'organisent, se condensent, pour aboutir à une véritable sclérose du derme.

Toutes les portions malades ne se transforment pas ainsi en tissu fibreux : les produits d'un certain nombre d'entre elles doivent au préalable, subir une désintégration et une résorption qui les fait disparaître. C'est ainsi que bien que l'épiderme n'ait pas offert de solution de continuité, il se produit des pertes de substance du derme qui amèneront une cicatrice indélébile.

Résorption d'une partie des éléments pathologiques, transformation fibreuse des autres, telle est donc le mode naturel de guérison du lupus, alors qu'il n'est pas ulcéré.

Mais parfois les éléments qui infiltrent le derme sont extrèmement abondants. Ils forment les nombreux îlots dont nous avons parlé, et dans chacun

d'eux s'établit la transformation caséeuse. Dans ces cas, la résorption ne peut s'effectuer sur une aussi grande quantité d'éléments frappés de mort ; le lupus s'ulcère et l'expulsion de tous les produits a lieu par une véritable élimination. Lorsque la peau malade s'est ainsi dépouillée et détergée, on voit apparaître un tissu de bourgeons charnus qui conduisent vers la cicatrisation. Nous avons déjà dit que l'épiderme qui recouvre la cicatrice est mince, et constitué par un petit nombre de couches épithéliales.

3. LÉSIONS DE VOISINAGE

Ces lésions sont de deux ordres : les unes consistent dans la propagation de la maladie dans les couches profondes de la peau, et dans l'envahissement du tissu conjonctif sous-cutané ; les autres, plus importantes, siègent dans les ganglions lymphatiques qui correspondent à la région atteinte de lupus. Dans le premier cas, on voit la lésion du derme arriver peu à peu dans les parties profondes, en suivant les cônes fibreux de la peau ; de là, l'inflammation gagne les aréoles remplies de vésicules adipeuses. Celles-ci, sous l'influence du travail inflammatoire, sont détruites et remplacées par les éléments embryonnaires, si bien que le derme et la couche sous-cutanée sont à la fois transformés en une couche de cellules jeunes. Ces jeunes éléments peuvent, comme dans les parties superficielles du derme, se grouper en îlots primitifs ou secondaires

dont l'évolution ultérieure est la même. Cette lésion de voisinage consiste donc simplement en une propagation du travail pathologique vers les parties profondes.

La lésion, qui s'observe dans les ganglions lymphatiques, a été très-bien décrite par Friedländer (1). L'auteur allemand a retrouvé dans ces ganglions des lésions semblables à celles de la peau, semblables par conséquent aux lésions de la tuberculose, puisque pour lui, le lupus et la tuberculose cutanée sont une seule et même maladie.

L'occasion d'examiner de pareils ganglions, ne nous a pas été offerte, mais nous sommes très disposé à accepter pleinement l'opinion de Friedländer, car l'accumulation de globules blancs dans les lacunes lymphatiques du derme montre que le système lymphatique est atteint dans ses racines mêmes. Il n'est donc pas surprenant que des ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la région lupeuse, puissent être, à leur tour, le siège des lésions analogues à celles du derme, c'est-à-dire, des lésions constituées par des îlots primitifs ou secondaires, évoluant soit vers l'état caséeux, soit vers l'état fibreux.

(1) *Loco citato*, page 14.

CHAPITRE IV

Signification pathologique de la lésion.

Depuis longtemps les cliniciens ont remarqué les liens de parenté qui unissent la scrofule à la tuberculose. Bazin et Milcent (1) ont même considéré certaines manifestations tuberculeuses comme l'expression de la scrofule, tandisque Rilliet et Barthez (2) décrivaient plus tard la scrofule et la tuberculose dans le même chapitre.

Aujourd'hui on sait que la cause de mort qui frappe le plus souvent les scrofuleux, est la tuberculose se développant dans les divers organes, et particulièrement dans le poumon ou les méninges. Ces quelques données pouvaient déjà faire pressentir qu'il devait

(1) Thèse de Paris 1846.

(2) Rilliet et Barthez. *Maladies des enfants.*

exister entre les produits pathologiques de ces deux affections si voisines, des analogies très grandes. Le lupus est la manifestation scrofuleuse sur laquelle a porté l'investigation d'un grand nombre d'anatomo-pathologistes.

Friedländer (1), dont nous avons résumé le travail, a pu, d'après des recherches faites sur le lupus, établir que cette maladie n'est qu'une tuberculose locale. Généralisant ensuite son opinion, il a pu assimiler toutes les autres lésions scrofuleuses à l'évolution de tubercules, et dire que la scrofule n'est pas autre chose qu'une manifestation de la tuberculose empruntant des caractères cliniques différents au terrain qui en est le point de départ.

L'opinion de Friedländer appuyée sur la structure du tubercule primitif telle que la donne Koster, et dont nous aurons à faire brièvement l'exposé, fut acceptée par quelques anatomo-pathologistes et combattue par d'autres.

Colomiatti (2), l'un des adversaires de cette assimilation a cherché à établir des différences entre les deux processus. Ainsi, après avoir très exactement décrit le tissu réticulé du lupus, dont les mailles s'élargissent à mesure qu'on approche des centres de l'îlot, et renferment les éléments embryonnaires ou épithélioïdes et parfois quelques cellules géantes, il avance que dans le tubercule il n'existe pas de tissu réticulé véritable. D'après lui, on trouve dans la tuberculose

(1) Loco citato, pag. 14

(2) Loco citato, page 15.

de la peau des cellules géantes dont les prolongements sont ramifiés et anastomosés de façon à constituer une sorte de faux réticulum. Les divers éléments cellulaires du tubercule sont compris dans l'intervalle de ces prolongements ou en dehors d'eux.

On voit que les différences sur lesquelles s'appuie cet auteur, sont fondées exclusivement sur le tissu réticulé véritable que l'on trouve dans le lupus, et sur l'absence de ce même tissu dans le tubercule. Nous établirons plus loin que ce tissu réticulé se rencontre dans les tubercules.

Cornil (1) examinant les ganglions tuberculeux et scrofuleux croit pouvoir établir entre ceux-ci des différences de structure, et des caractères distinctifs. Or, de ces recherches même, il ressort ce fait : que dans le ganglion scrofuleux, comme dans le ganglion tuberculeux, on trouve de petits îlots pathologiques pouvant, dans les deux cas, évoluer de la même façon. Dans leur structure, ces îlots peuvent même offrir des éléments semblables, si bien que les caractères distinctifs, dans l'un et l'autre cas, consistent uniquement dans la lenteur ou la rapidité de l'évolution. Ainsi, les lésions scrofuleuses évolueraient moins rapidement que le tubercule vers l'état caséeux, tandis que leur transformation fibreuse serait plus hâtive. Il n'y a donc ici qu'une différence en plus ou en moins : l'aboutissant de la lésion scrofuleuse pouvant être, comme celui de la lésion tuberculeuse, l'état caséeux, ou l'état fibreux. Vouloir différencier deux lésions

(1) Journal de l'anat. et de la physiol. Paris 1877.

anatomiques d'après la plus ou moins grande rapidité de leur évolution, n'est-ce pas accepter une base un peu fragile? Car, même entre deux tubercules vrais, on peut voir les plus grands écarts dans le cycle et la rapidité de leur évolution. Il suit de là que la distinction établie par Cornil, entre les deux maladies, nous paraît ne pas avoir un criterium fixe, qui permette dans un examen microscopique de différencier le ganglion scrofuleux du ganglion tuberculeux.

M. Grancher (1) se déclare, de son côté, l'adversaire d'une assimilation absolue de ces deux maladies. Toutefois, il a soin de montrer combien sont nombreux les rapports entre la scrofulose et la tuberculose. Aussi, s'appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique, après avoir distingué la scrofule de la tuberculose, est-il obligé, à propos du travail de Cornil, de faire ressortir qu'il n'y pas là pour les ganglions scrofuleux et tuberculeux de caractères nettement tranchés. Dans son article très remarquable d'ailleurs, l'auteur croit pouvoir appuyer son opinion dualiste sur la confusion qu'on a faite entre le follicule tuberculeux ou tubercule primitif et la granulation tuberculeuse à l'état caséeux ou à l'état fibreux. En un mot, pour M. Grancher, le follicule tuberculeux constitue une lésion neutre ou un état indifférent qui ne prendra ses véritables caractères, et sa véritable signification que par son évolution ultérieure et par son passage à l'état adulte. Or, on a voulu souvent, dit le même auteur, caractériser aussi bien la lésion du

(1) *Dict. des Sciences médicales*. Dechambre. — Art. *Scrofule*.

tubercule que celle du lupus par le follicule primitif, et en cela on commettait une erreur.

Quelques anatomô-pathologistes sont même allés plus loin, et ont fait de la cellule géante, la caractéristique du tubercule. Cet élément ne peut pas plus caractériser le tubercule que la cellule cancéreuse ne peut le faire aujourd'hui pour le carcinome. Ce ne sont pas, en effet, le plus souvent les éléments anatomiques isolés qui caractérisent une lésion, mais leur mode de groupement, leurs raports soit entre eux, soit avec d'autres éléments surajoutés. C'est en se basant sur des considérations de cet ordre, que Grancher après avoir refusé à la cellule géante toute valeur caractéristique, la refuse également au follicule tuberculeux ou follicule primitif.

Il est nécessaire, avant d'arriver à notre interprétation de la lésion lupeuse, de montrer quelle est exactement la structure du follicule tuberculeux de Koster, car nous mettrons en parallèle ce dernier avec les lésions constatées dans le lupus.

Le follicule tuberculeux est construit sur le type de ce que nous avons appelé l'îlot primitif. Cet îlot n'est pas autre chose pour nous, qu'un follicule tuberculeux, et si nous ne lui avons pas plus tôt donné ce nom, c'était pour ne pas anticiper sur une signification pathologique qui devait faire l'objet de la discussion consignée dans ce chapitre. La similitude entre le follicule tuberculeux et l'îlot primitif, nous permettra donc d'être bref, et nous nous contenterons de rappeler les éléments qui le constituent.

Le follicule tuberculeux possède ordinairement à

son centre, l'une des variétés de cellules géantes dont nous avons parlé, mais il peut aussi en être dépourvu. Tout autour de cette cellule géante, s'échelonnent des cellules épithélioïdes, semblables à celles de l'ilot primitif, formant peut être cependant dans ce dernier une couronne plus étendue que dans le follicule tuberculeux d'autres organes. C'est là, la zone épithélioïde. En dehors d'elle s'étend la zone de cellules embryonnaires. Enfin, ce petit foyer pathologique est plus ou moins circonscrit par des fibres conjonctives. Voilà donc le follicule tuberculeux tel qu'il existe dans la tuberculose, tel qu'il existe aussi dans certaines manifestations scrofuleuses, et notamment dans le lupus, de l'aveu même des auteurs qui n'acceptent pas l'identité anatomique des deux maladies. Quant à son évolution ultérieure, le follicule tuberculeux nous présente la même série de transformations que celles que nous avons décrites dans le lupus, c'est-à-dire qu'il marche soit vers la transformation caséeuse soit vers la transformation fibreuse.

Si nous avons pu, dans le lupus, suivre l'évolution fibreuse et l'évolution caséeuse de l'ilot primitif, telles que ces évolutions existent dans le follicule tuberculeux devenant granulation fibreuse ou caséeuse, on voit que l'objection faite par les auteurs qui veulent séparer le lupus de la tuberculose cutanée, ne peut désormais subsister. Il y a dans les deux cas, ainsi que nous l'avons vu, pour tous les lupus que nous avons examinés, un groupement identique d'éléments semblables, évoluant exactement de la même façon, et par conséquent, le signe anatomique étant aussi le

même, les lésions doivent être décrites sous un titre commun.

Cependant une circonstance a pu faire naître dans notre esprit quelques hésitations. La présence dans le lupus du tissu réticulé signalé par le Dr Colomiatti et que nous avons retrouvé avec les caractères les plus nets sur nos diverses préparations, pourrait peut-être servir de signes distinctifs entre le tubercule et la lésion lupeuse. Il est vrai que Rindfleisch a reconnu l'existence du tissu réticulé dans le tubercule et que son opinion a été acceptée par un certain nombre d'histologistes allemands ; mais en France, Cornil et Ranvier n'ont pas admis la présence du tissu réticulé dans le tubercule, et dans leur manuel d'anatomie pathologique, expliquent par une action spéciale des réactifs employés la présence, dans le tubercule, d'une sorte de réticulum qui n'a que l'apparence du tissu réticulé véritable. C'est, disent-ils, par le durcissement et la coagulation de la substance intercellulaire fondamentale dus à l'acide chromique ou à l'alcool, que l'on arrive à produire artificiellement une sorte de réticulum qui n'a pas la structure du tissu réticulé des ganglions, par exemple, et qui notamment ne possède pas de cellules nodales.

Notre ami, M. Champeil, élève du laboratoire d'anatomie générale, ayant fait un certain nombre de préparations de tubercules pulmonaires, auxquelles il a fait subir l'action du pinceau, a pu ainsi mettre en évidence tout autour du tubercule et même empiétant sur lui, un tissu réticulé véritable avec ses cellules nodales et ses travées fibreuses délicates. Le résultat

de ses recherches a été communiqué à la *Société des sciences médicales*, le 21 juillet dernier, et sera d'ailleurs, de sa part, l'objet d'un mémoire prochain. Nous arrivons donc ainsi à reconnaître, dans le tubercule type, la présence du tissu réticulé sur lequel Colomiatti a paru vouloir surtout établir la différence entre la lésion tuberculeuse et celle du lupus.

D'une part, l'évolution du follicule tuberculeux et celle de l'îlot primitif du lupus étant la même, il en résulte que le caractère différentiel invoqué par Grancher perd sa valeur. D'autre part, l'existence du tissu réticulé dans le tubercule détruit la différence que Colomiatti a voulu établir entre la tuberculose cutanée et le lupus. Nous sommes donc ainsi amenés à conclure que, dans les lupus que nous avons examinés, la lésion cutanée est celle de la tuberculose, se traduisant sous forme de tubercules isolés ou conglomérés.

Il est vrai que dans la grande majorité des cas, les malades atteints de lupus ne succombent pas à la diathèse tuberculeuse. Il existe, cependant, quelques exemples où la tuberculose pulmonaire s'est manifestée chez de tels malades. M. Grancher en cite une observation, dans son article consacré à la scrofule. Au surplus, ce n'est pas une loi pour les affections tuberculeuses de devoir arriver nécessairement à la généralisation. Louis, dans ses recherches sur la maladie tuberculeuse, a pu arriver à formuler une loi restée célèbre : « Lorsque, dit-il, il existe des tubercules dans quelque organe, on en trouve toujours dans le poumon, et cette règle ne souffre qu'une exception : c'est lorsque la tuberculose a pour siège les organes génito-urinaires.

Dans ce cas elle peut rester localisée et les poumons n'offrir aucune lésion tuberculeuse. Cruveilhier avait fait les mêmes remarques, et plus récemment Reclus (1) signale de nouveaux exemples d'épidydimites caséeuses arrivées à la guérison, sans qu'il se soit produit, chez les malades qui en étaient atteints, de nouvelles manifestations tuberculeuses. Nous devons ajouter que cette tuberculose locale, acceptée aussi en Allemagne, a été récemment combattue, en France, par M. Hippolyte Martin. (2)

Nous pensons donc que c'est aller trop loin que de vouloir conclure qu'une lésion tuberculeuse doit nécessairement arriver à se généraliser et nous pensons, au contraire, que dans bien des cas, elle peut rester locale. L'objection qui peut nous être faite concernant la guérison du lupus, sans que le malade offre jamais de développement tuberculeux dans ses autres organes, n'est pas, à notre avis, un argument contre sa nature tuberculeuse.

L'anatomie pathologique par les divers renseignements de structure qu'elle nous fournit, nous permet, d'après l'étude qui précède, de rayer le lupus du cadre nosologique dans lequel il a été placé, pour le faire définitivement rentrer dans celui de la tuberculose.

Cette opinion, que nous soutenons ici, après avoir été défendue par les Allemands, est d'ailleurs celle

(1) Reclus. *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.* Thèse. Paris, 1876.

(2) *Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la tuberculose.* Thèse. Paris, 1879.

à laquelle Brissaud, dans un mémoire inédit annoncé par Grancher dans son article *scrofule*, est arrivé de son côté. Bien que nous ne puissions connaître sur quelles bases Brissaud appuie ses conclusions, nous tenons cependant à indiquer ici que ses recherches l'avaient conduit à un résultat semblable au nôtre.

CHAPITRE V

Traitement.

On a institué contre le lupus deux modes de traitement : l'un consiste dans l'administration à l'intérieur de substances capables de modifier la diathèse dont la maladie cutanée serait une des manifestations ; l'autre comprend une foule de moyens dont l'action est simplement locale. Tous les auteurs français sont d'accord pour considérer le traitement interne comme d'une grande utilité, même comme indispensable. dans le but de prévenir les récidives, ou de favoriser la guérison obtenue surtout par les moyens locaux. Quelques-uns d'entre eux, Devergie et Hardy vont même plus loin, et estimant que le lupus n'est jamais une maladie simplement locale, regardent les moyens internes, comme la véritable base de la thérapeutique

la plus rationnelle que l'on doive diriger contre cette affection de la peau. Pour le premier de ces auteurs, l'huile de foie de morue donnée à haute dose et pendant longtemps est, pour ainsi dire, un véritable spécifique du lupus, et il rapporte à l'administration de ce médicament de nombreux cas de guérison.

Cet accord unanime des dermatologistes français, sur la valeur du traitement interne dans le lupus, n'est pas partagé par les auteurs allemands. A l'exception de Neumann qui croit pouvoir attribuer quelques cas de guérison à l'administration intus et extra de l'huile de foie de morue, tous les autres considèrent les moyens généraux seuls, comme incapables de produire quelques bons résultats. Pour Hebra, les rares cas de guérison obtenus par le traitement interne, doivent être rapportés à la disparition accidentelle de la maladie, plutôt qu'à l'action curative des médicaments employés. Toutefois, il ne rejette pas absolument l'administration de ces médicaments qui unis à des règles diététiques et hygiéniques peuvent combattre « l'anémie, la chlorose, la scrofulose accompagnant parfois le lupus. »

Il est certain que ce serait s'exposer à de grands mécomptes, que d'attendre la guérison du lupus de l'emploi exclusif des moyens généraux, quelque puissante que soit leur efficacité pour modifier la constitution des personnes atteintes de cette maladie cutanée. M. Aubert, que nous avons consulté à ce sujet, nous a dit, que dans le grand nombre de lupus qu'il a eu l'occasion de traiter, dans son service, à l'Antiquaille, il n'avait constaté qu'un seul cas de guérison,

par l'usage seul du traitement interne. De son côté, M. Dron n'a jamais vu de lupeux guérir par l'emploi unique de ce traitement. Toutefois, il le considère comme très utile; et toutes les malades de son service atteintes de lupus sont d'abord soumises à l'administration de médicaments à l'intérieur, avant de subir un traitement local.

Les médicaments que l'on a conseillé sont très nombreux : l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, le fer sous toutes ses formes, l'arsenic, l'iode, l'iodure de potassium, tous les toniques amers : quinquina. gentiane, etc, etc. Les préparations mercurielles ont été aussi données, et Rayer les considère comme les seuls moyens internes efficaces, quelle que soit la nature du lupus. Les eaux de la Bourboule, les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées iodiques, ou bromo-iodurées sont fortement recommandées par Bazin. Il faut joindre à l'administration de ces remèdes une bonne hygiène, un air pur et une alimentation fortifiante. Tels sont, en résumé, les moyens généraux conseillés par tous les auteurs. M. Dron, dans son service. donne à ses malades atteintes de lupus, l'huile de foie de morue, à la dose de 4 à 6 cuillerées à bouche par jour, le sirop ou les dragées d'iodure de fer qui sont considérés comme la préparation ferrugineuse la plus efficace dans cette affection cutanée, quelques tisanes amères, des vins de gentiane et de quinquina, du sirop de Portal, l'eau de Challes et des bains sulfureux.

Les moyens locaux, considérés par la grande majorité des dermatologistes, comme pouvant donner seuls des résultats satisfaisants, sont aussi employés

par ceux-là même qui regardent le traitement local comme accessoire et le placent au second rang. Ces moyens sont très nombreux ; nous ne ferons que les énumérer, nous réservant de décrire, avec tous les détails qu'il comporte, le procédé mis en usage par M. Dron, et qui nous a semblé procurer une guérison assez prompte. Parmi les caustiques, il faut citer la pâte arsenicale de Cosme, la pâte de Vienne, celle de Canquoin, l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent fondu, le cautère actuel. On a employé comme cathérétiques l'acide phénique, la teinture d'iode, le chlorure d'or. Ce dernier a été pendant longtemps en honneur à l'Antiquaille, à cause de la guérison assez rapide qu'il procure et des récidives dont il semble mettre à l'abri. Mais les cicatrices qu'il détermine conservent une coloration vineuse que rien ne peut enlever et qui sont dues au dépôt de parcelles métalliques dans l'épaisseur du tégument, comme on l'a montré dans une communication faite à la *Société des sciences médicales*, à propos de semblables taches vineuses, que présentent sur les mains les ouvriers, qui manipulent le chlorure d'or.

Des méthodes plus récentes et, pour ainsi dire, plus expéditives ont été employées, dans ces dernières années pour obtenir la guérison du lupus. Veiel a préconisé l'acupuncture, qui consiste à piquer la masse lupeuse avec des aiguilles multiples, réunies en faisceaux sur un seul manche, et espacées les unes des autres de quelques millimètres. Elles sont préalablement chauffées au rouge. C'est un moyen complètement abandonné. La scarification linéaire se fait soit avec

l'aiguille de Vidal, soit avec le scarificateur à plusieurs lames de Balmanno-Squire. Il nous reste enfin la méthode du raclage inventée par Volkman (1) et importée à Lyon par M. Aubert (2). Ces différentes méthodes ne sont plus guère aujourd'hui employées seules, mais le plus souvent combinées entre elles, d'où il suit que les procédés mis en usage sont assez variés. C'est ainsi que M. Aubert a recours au raclage suivi de scarifications linéaires avec l'aiguille de Vidal, et que M. Dron emploie également le raclage combiné avec la cautérisation au fer rouge. C'est ce dernier procédé que nous allons décrire.

Avant qu'on eut connaissance, à Lyon, de la méthode de Volkman, M. Dron avait depuis longtemps adopté la cautérisation au fer rouge, comme le traitement local du lupus lui ayant donné les meilleurs résultats. Ayant expérimenté le raclage, il fut bientôt convaincu que la curette maniée même avec énergie ne peut pas enlever tout le tissu morbide. Dans ce cas, les éléments malades laissés au milieu du tissu sain peuvent devenir le point de départ d'une récidive, souvent à craindre, quand le raclage seul a été pratiqué. Le fer rouge promené sur la surface raclée détermine, dans les parties profondes, une inflammation de bonne nature, qui se substitue à l'inflammation bâtarde et dégénérative du lupus et amène, soit l'élimination sphacelique ou purulente des éléments

(1) Sammlung Klinischer Vortrage, Leipzig, 1870, N° 13. Von Richard Volkmann, page 74.

(1) *Lyon médical*, 9 avril et 30 juin 1876. Aubert.

morbides, soit la transformation de ces mêmes éléments en cellules embryonnaires aptes à faire du tissu adulte. En un mot, poursuivre par la cautérisation l'œuvre quelque peu incomplète de la curette, imprimer aux parties restantes une vitalité plus grande, tel est le but recherché par ce chirurgien.

Voici son mode opératoire :

Le malade est endormi avec l'éther, et à propos de cet agent anesthésique, qui, on le sait, est presque exclusivement employé à Lyon, nous devons déjà dire qu'il expose à quelques dangers que nous ferons connaître dans le courant du procédé opératoire. La masse lupeuse est attaquée par des curettes de formes différentes. Ces instruments consistent en de petites cupules en acier, dont les bords sont assez tranchants pour entamer le tissu morbide, mais non le tissu sain. Ces espèces de cuillers, arrondies ou ovalaires, sont portées par une courte tige également en acier laquelle est fixée sur un manche en bois. L'opérateur saisit à pleine main ce dernier et racle avec énergie toute la partie malade, de façon à enlever non seulement le tissu morbide, mais encore à dissocier le tissu sain, à la circonférence et à la limite profonde de la lésion. Des débris du derme que la curette détache, mais ne peut enlever, flottent sur la plaie. On les excise avec des ciseaux courbes. A mesure que l'instrument enlève les infiltrats lupeux, il se produit une hémorrhagie en nappe plus ou moins abondante. La surface cruentée est constamment lavée et essuyée par un aide, au moyen d'éponges imbibées d'eau phéniquée (20/1000). Si quelques noyaux lupiques enchassés dans

le tissu du derme ont échappé à l'action du raclage, il faut, pour ainsi dire, les énucler avec une toute petite curette. Cela fait, le chirurgien promène sur toute la surface de la plaie et en appuyant avec assez de force, un fer olivaire, chauffé au rouge cerise. Cette application est réitérée jusqu'à ce que tout suintement sanguin ait cessé. Il en résulte une eschare noirâtre sèche et peu épaisse. Le fer rouge, en passant au niveau des orifices du nez ou au devant de la bouche, peut enflammer les vapeurs éthérées contenues dans l'air expiré par le malade, et on comprend à quels grands dangers celui-ci est exposé. C'est pour éviter un pareil accident que M. Dron a soin pendant qu'il cautérise, de faire placer soit une éponge légèrement imbibée d'eau, soit une compresse mouillée, sur le nez et la bouche. Bien que, par ce moyen, ce chirurgien ait pu éviter tout accident fâcheux, nous pensons que l'usage du chloroforme dont les vapeurs ne s'enflamment pas, doit être préféré à celui de l'éther, pour obtenir l'anesthésie du patient.

Une fois que la cautérisation est terminée, on procède au pansement qui est très simple. Il consiste en de la charpie rapée et imbibée d'eau phéniquée, en compresses placées par-dessus, le tout maintenu par un bandage approprié.

Le jour suivant, on enlève les premières pièces du pansement, et on arrose d'eau phéniquée la charpie adhérente encore à la surface malade. Le surlendemain les mêmes soins sont accordés au patient ; et ce n'est habituellement que le quatrième jour que l'on peut, à force de lotions, débarrasser la surface opérée du

pansement dont elle a été couverte. La plaie offre à ce moment l'aspect suivant : La plus grande partie de sa surface est couverte des débris de l'eschare, et de points grisâtres de suppuration commençante. Une fois lavée à l'eau phéniquée, elle est recouverte d'un morceau de taffetas ciré, qu'on a préalablement plongé dans une solution d'acide phénique, au cinquantième ; des compresses trempées aussi dans cette solution et un bandage complètent le pansement. Celui-ci est renouvelé tous les jours. Bientôt la plaie se déterge, des bourgeons charnus bien venus, de bonne nature, la recouvrent dans toute son étendue. C'est alors qu'il faut porter son attention sur ces bourgeons, en réprimant leur exubérance par des cautérisations quotidiennes avec le crayon de nitrate. Car, ils ont une forte tendance à acquérir un développement exagéré, dont la conséquence ultérieure, si on n'y prend garde, sera la formation de cicatrices, saillantes, kéloïdiennes. Ces cautérisations sont très douloureuses, et les malades cherchent par tous les moyens, à s'y soustraire. Mais il faut insister avec énergie, afin de leur épargner, pour plus tard des difformités plus ou moins prononcées.

La cicatrisation marche, en général, avec rapidité. Rougeâtre d'abord, la cicatrice perd insensiblement sa coloration première pour devenir plus ou moins blanche. Si les bourgeons charnus ont été réprimés avec soin, elle est souple, lisse, belle en un mot. Disons, cependant, que dans quelques cas, malgré les cautérisations répétées, la cicatrice devient kéloïdienne par places. Il faut alors badigeonner ces saillies

avec la teinture d'iode qui, à la longue, a sur elles une action résolutive.

Tel est le procédé employé depuis quelques années par le docteur Dron. Il lui a donné de bons résultats, dont quelques-uns sont consignés dans les observations placées à la fin de ce travail.

Nous devons toutefois ajouter que, si ce chirurgien est partisan de la cautérisation au fer rouge appliquée immédiatement après le raclage, il s'en tient à cette dernière méthode seule, quand il a à traiter un lupus développé à l'orifice des narines ou dans le voisinage immédiat des paupières. Car la puissance rétractile de la cicatrice, succédant à la brûlure, peut produire des difformités graves consistant, soit dans l'atrésie de ces orifices, soit dans la déviation en dehors des paupières inférieures, c'est-à-dire, dans l'ectropion.

Ce traitement, malgré sa grande énergie, ne met pas entièrement les malades à l'abri des récidives. Alors même que la cicatrice est devenue blanche, on peut voir se développer de petites saillies qui la soulèvent, l'envahissent, et par leur coloration rouge-sombre trahissent leur origine. Ce sont de nouveaux noyaux de tissu morbide, qui s'accroissent et viennent faire saillie à la surface de la cicatrice. Dans ce cas, ce qu'il convient de faire, c'est de les énucléer avec la petite curette et de brûler avec un cautère pointu les logettes fibreuses où ils se sont développés. On débarrasse ainsi le malade de sa lésion lupeuse.

M. Dron considère comme indispensable, pour prévenir les récidives, de faire continuer longtemps

encore après l'opération le traitement interne, tel qu'il a été indiqué plus haut.

C'est donc au raclage combiné avec la cautérisation au fer rouge que nous croyons devoir donner la préférence. Le raclage, en effet, est non-seulement une méthode expéditive, mais encore une méthode de sélection, la curette faisant, pour ainsi dire, une sorte de triage entre le tissu sain et le tissu morbide. Ce mode opératoire donne au malade le bénéfice d'une guérison prompte, puisqu'il supprime les produits dégénérés dont la disparition naturelle ne peut avoir lieu que par le fait d'une transformation granulo-graisseuse de ces produits ou par le fait de la suppuration. Il équivaut, en résumé, à toute une série de modifications organiques qu'il rend ainsi inutiles.

Mais le raclage seul, qui d'ailleurs n'a été employé par son préconisateur, que combiné avec l'acupuncture, est souvent impuissant, d'après la plupart des auteurs, à prévenir les récidives. Car, comme nous l'avons dit plus haut, il peut rester au milieu du derme quelques éléments pathologiques pouvant devenir plus tard le point de départ de nouvelles poussées de lupus. Il a donc fallu chercher dans la combinaison de deux méthodes ce que le raclage seul n'a pu le plus souvent accorder. La cautérisation, après que la curette a terminé son œuvre, modifie les quelques éléments pathologiques qui persistent, en donnant naissance à une inflammation substitutrice. C'est, du reste, dans ce même but que M. Aubert pratique des scarifications après avoir préalablement raclé la surface lupeuse.

Est-ce à dire que le fer rouge suffise pour prévenir les récidives ? Assurément non, mais nous pensons que par l'inflammation de bonne nature qu'il communique aux parties profondes et intactes de la peau, il peut plus aisément que tout autre moyen, mettre à l'abri de la réapparition du lupus.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Les observations qui suivent sont au nombre de six. Les trois premières, qui portent en tête la légende (Examen histologique), ont trait à quelques-uns des malades qui nous ont fourni les pièces sur lesquelles nous avons fait nos préparations.

Les trois autres, y compris la première, se rapportent à des malades traités par le raclage suivi de la cautérisation au fer rouge.

OBS. I. — (Examen histologique). — LUPUS TUBERCULEUX DE LA FACE

Marie Redon, 26 ans, vient aux Chazeaux, dans le service des femmes dartreuses, le 11 avril 1879. Cette jeune fille brune, d'assez forte constitution, n'a eu aucune maladie antérieure et ne présente aucune trace de scrofule. Sa mère et deux frères sont en vie et bien portants ; le père est mort à la suite d'un accident.

Nous constatons à son entrée un lupus tuberculeux occupant toute la joue gauche depuis la narine correspondante, qui est atteinte, jusqu'au lobule de l'oreille du même côté, où se trouve un tubercule de la grosseur d'une noisette. En haut, la lésion remonte jusqu'à 2 cent. environ au-dessous de la paupière inférieure. Cette large plaque saillante offre la coloration rouge-brun particulière au lupus, et sur ses bords de petits tubercules disséminés. Le mal a commencé, il y a à peu près 6 ans, par un bouton, près de l'aile du nez. Les traitements qui ont été faits jusqu'ici consistent en pommades dont la malade ignore la nature.

Traitement interne : H. F. M. 2 cuillerées par jour, sirop d'iodure de fer.

10 Mai. — Anesthésie à l'éther ; raclage avec les cuillers de Bruns, cautérisation au fer rouge, pansement avec de la charpie sèche.

13 Mai. — Le pansement est enlevé ; la plaie a bon aspect, l'eschare mince, faite par le fer rouge est mêlée à la matière purulente. Cautérisation légère au nitrate.

11 Juin. — La cicatrisation est complète : la cicatrice est lisse, encore rosée, n'offrant pas de brides.

Nous revoyons cette malade en juillet 1880. La cicatrice est lisse, blanche, mais quelques nodosités ont réapparu sur ses bords, et la joue droite est elle-même parsemée de plusieurs tubercules. Le chirurgien doit les attaquer prochainement par le raclage et la cautérisation.

OBS. II. — (Examen histologique). — LUPUS TUBERCULEUX DE LA FACE.

Jacques Levant, âgé de 9 ans, entre à l'Antiquaille, dans le service de M. Aubert, le 28 janvier 1879, porteur d'un lupus tuberculeux, siégeant sur la joue gauche, au niveau de la région malaire.

Cet enfant qui n'a pas de collatéraux est issu de parents en vie et bien portants. Sa constitution, sans être robuste, ne paraît pas débilitée par des antécédents scrofuleux. Toutefois, il a été traité, il y a deux ans, dans le service du docteur Mollière, à l'Hôtel-Dieu, pour une arthrite tibio-tarsienne qui a été le résultat d'une entorse et de manœuvres intempestives pratiquées par un rabilleur. On constate actuellement une tuméfaction de l'article dont les mouvements sont restreints, et la présence de quelques fistules donnant issue à du pus.

Il y a environ deux ans, nous raconte ce jeune malade, qu'est apparu sur sa joue gauche, au niveau de la pommette correspondante, un bouton peu volumineux, dans le voisinage duquel sont venus peu à peu se grouper d'autres petites saillies semblables à la première. On constate actuellement une tumeur large de 4 cent. haute de 2 à 3 cent. faisant une saillie bien évidente au milieu des tissus sains, à bords abrupts et comme festonnés, d'une coloration rouge-brun particulière, qui ne s'efface pas sous la pression du doigt, et dont la surface inégale présente de petits nodules aisément perceptibles à la vue, mais surtout au toucher.

Ces petits tubercules ne sont pas en contact, mais réunis par un tissu d'apparence cicatricielle. La masse entière saisie entre deux doigts semble enchassée dans l'épaisseur de la peau. Sur le bord externe de cette tumeur, on trouve une petite cicatrice, résultat d'une cautérisation au thermo-cautère faite par le docteur Mollière.

1er Février. — On anesthésie le malade et M. Aubert enlève la tumeur avec le bistouri, en ayant soin de comprendre dans cette ablation une zone de peau saine de l'étendue de 4 ou 5 millimètres; pansement phéniqué ordinaire.

5 Février. — Le malade se lève et la plaie n'offre rien de particulier.

9-15 Février. — Les bourgeons sont bien développés, et au niveau de la peau saine, on note autour de la plaie quelques pustules attribuées à l'irritation du pansement.

5 Mars. — La cicatrisation est en bonne voie.

12 Mars. — Au centre de la plaie, sur l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, la cicatrisation ne se fait pas. A la périphérie on trouve une zone d'un rouge-vif, d'aspect cicatriciel et légèrement indurée.

27 Mai. — La cicatrisation est complète depuis quelques jours. — A la sortie du malade, on constate une petite cicatrice encore rosée, mais peu rétractée et n'ayant produit aucune déviation des parties avoisinantes.

Cet enfant revient à l'Antiquaille dans le service de M. Aubert, le 16 mars 1880, c'est-à-dire quinze mois environ après sa sortie.

La cicatrice est restée lisse, mais à sa partie supérieure, à 2 centimètres environ au-dessous du bord libre de la paupière inférieure, on voit cinq ou six petites nodosités implantées sur le tissu cicatriciel. Ces tubercules ont apparu, il y a à peu près trois mois.

18 Mars. — Anesthésie et scarifications.

24 Avril. — Anesthésie, raclage et scarifications.

Cet enfant sort le 5 juin complétement débarrassé de son nouveau lupus.

OBS. III. — (Examen histologique.) — LUPUS TUBERCULO-ULCÉREUX DE LA FACE.

Guyenon, Marie-Anne, jeune fille de 15 ans, entre à l'Antiquaille, dans le service de M. Aubert, le 18 mars 1880, pour un vaste lupus occupant la face presque en entier. Cette enfant, de constitution assez robuste n'a pas eu de maladies antérieures et provient de parents encore en vie et bien portants. Un de ses jeunes frères est, lui aussi, porteur d'un lupus à la joue. Elle a fait, l'an dernier, pour la même affection, un séjour de trois mois à l'Antiquaille, d'où elle est sortie incomplétement guérie.

A son entrée, on constate que tout le visage, à l'exception

des régions masséterines, du menton et de la partie supérieure du front, est recouvert par une plaque d'un rouge foncé, parsemée çà et là de croûtes noirâtres sous lesquelles la peau ulcérée, bourgeonnante, saigne très-facilement, et de cicatrices qui sont le résultat d'un traitement antérieur. A la périphérie de cette large surface malade, qui ne mesure pas moins de 13 centimètres de hauteur sur 14 de largeur, on trouve de petites nodosités rosées et comme transparentes. Un tubercule de la grosseur d'une amande siége à la partie supérieure de l'hypochondre gauche.

22 mars. — On anesthésie la malade à l'éther et M. Aubert fait sur la face des scarifications avec l'aiguille de Vidal; il enlève avec le bistouri la nodosité du ventre.

2 avril. — Les surfaces scarifiées sont en grande partie cicatrisées; les cicatrices sont souples et lisses.

9 avril. — La cicatrisation est presque complète; la cicatrice est rosée, bien lisse et sans trace des scarifications.

12 avril. — Les orifices du nez sont moins ouverts que normalement, ce qui gêne un peu la respiration de la malade. Anesthésie à l'éther et scarification avec l'aiguille de Vidal.

18 mai. — La cicatrisation du nez est complète. A la périphérie de la surface malade, on constate quelques petits points encore douteux, et quelques brides peu saillantes sur la cicatrice.

21 mai. — Raclage et scarification après anesthésie.

Nous revoyons la malade dans le courant de juillet, la cicatrice est lisse, mais encore très rouge.

OBS. IV. — LUPUS TUBERCULO-ULCÉREUX DE LA FACE.

Antoinette Bornard, 58 ans, célibataire, entre aux Chazeaux, le 25 décembre 1879, dans le service des femmes dartreuses. Ses père et mère sont morts depuis longtemps de cause inconnue; elle a deux frères encore en vie et bien portants. Comme

antécédents morbides, cette femme n'a eu que de l'impétigo du cuir chevelu, dans son enfance.

Nous constatons sur la moitié droite du visage une large plaque s'étendant de la commissure labiale à 2 cent. environ au devant de l'oreille et de la paupière inférieure à la base du maxillaire inférieur. Cette plaque saillante, rouge-brun est recouverte en certains points de pellicules argentées. rappelant assez bien les squames du psoriasis. Ses bords limités et abrupts décrivent une espèce de feston dû à l'existence de nodosités de grosseur variable et groupées çà et là à la périphérie de cette large plaque. Deux gros tubercules isolés siégent sur le menton ; et tout le nez est recouvert d'une croûte noirâtre, luisante, qui soulevée laisse voir des fongosités d'un rouge foncé et saignant au moindre contact. Sur la joue gauche existe une cicatrice lisse, peu apparente, assez étendue. qui provient, à ce que nous dit la malade, d'un lupus guéri par l'application d'une pommade dont elle ne connait pas la nature. En outre, le genou, sur le bord externe de la rotule. est le siège d'une plaque lupeuse non ulcérée et de forme circinée. C'est à l'âge de 14 ans, que la plaque de la joue droite a débuté par l'apparition d'un bouton indolent, rouge, qui peu à peu s'est étendu. La forme circinée du lupus du genou fait songer à une origine syphilitique et il est prescrit à cette malade 3 gr. d'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions sur la partie malade avec une pommade iodée.

4 janvier. La malade se plaint d'une forte cuisson au visage. La plaque lupeuse est, en effet, très rouge, parsemée d'ulcérations superficielles et recouvertes de croûtes molles et jaunâtres. On cesse les frictions avec la pommade iodée et on fait des applications de pommade de concombre.

8 janvier. Anesthésie par l'ether et raclage énergique de toute la plaque lupeuse, surtout sur ses bords. M. Dron passe ensuite plusieurs fois le fer rouge de manière à former une eschare mince, lisse, noirâtre. Le pansement est fait avec de la charpie rapée maintenue par une bande.

11 janvier. La malade n'a pas eu de réaction fébrile. Le

pansement est enlevé et nous constatons une surface d'un rouge vif en certains points, tandis que d'autres sont recouverts d'une substance grisâtre, mélange de pus et des débris de l'eschare. Pansement phéniqué.

13 janvier. La plaie est complétement détergée; cautérisation au nitrate; pansement phéniqué.

18 janvier. Bel aspect de la plaie, recouverte de bourgeons petits et bien venus, nouvelle cautérisation au nitrate.

20 janvier. Deux îlots cicatriciels apparaissent au milieu de la plaie; et sur les bords de celle-ci, on voit un petit liseré blanc constitué par une mince pellicule cicatricielle. Cautérisation au nitrate.

2 avril. Nous revoyons cette femme deux mois environ après son opération. Elle n'a présenté depuis le 20 janvier, époque à laquelle nous avons cessé de la voir, aucune particularité. La plaie est allée peu à peu vers la cicatrisation, et nous constatons aujourd'hui que la cicatrice est entièrement formée, mais sa couleur est encore d'un rouge vineux. Il semble qu'un mince épiderme luisant recouvre toute la partie où siégeait le lupus. Les bords de la cicatrice se confondent insensiblement avec les parties voisines. La malade sort des Chazeaux le 12 avril, fort satisfaite de l'opération qu'elle a subie.

OBS. V. — LUPUS TUBERCULEUX DE LA FACE

Marguerite Viollet, 30 ans, célibataire, vient aux Chazeaux, le 28 décembre 1878, dans le service des femmes dartreuses. Les parents de cette fille sont encore en vie et bien portants; elle n'a pas eu de frères. Comme antécédents morbides, elle a eu vers l'âge de 15 ans, des croûtes dans le nez et sur le cuir chevelu.

A son entrée, nous constatons sur la joue gauche, une plaque de l'étendue de 4 ou 5 centimètres environ, siégeant au niveau de la région malaire et présentant la coloration rouge-

brun particulière au lupus ; elle est parsemée de nodosités lenticulaires, transparentes et également colorées. Çà et là quelques minces pellicules brillantes la recouvrent. La malade fait remonter son affection à une dizaine d'années, époque où elle a débuté par un petit bouton rouge, indolent, venu sur la cicatrice d'une brûlure.

Traitement interne : H. F. M. 2 cuillerées par jour, sirop d'iodure de fer, tisane houblon.

On fait faire tous les deux jours, sur la plaque lupeuse, des frictions avec la teinture d'iode. Ce traitement externe, continué pendant un mois, ne donne aucun résultat.

5 février. — Anesthésie avec l'éther. M. Dron racle toutes les parties atteintes et cautérise ensuite au fer rouge. Pansement avec la charpie rapée sèche.

7 février. — Aucune réaction fébrile ne s'est montrée. On enlève le pansement, et la plaie apparaît débarrassée de son eschare. Pansement phéniqué.

15 février. — La cicatrisation est bien manifeste sur les bords.

25 février. — Il ne reste plus qu'une petite surface, non encore cicatrisée, au centre de la plaie.

12 avril. — La cicatrisation est complète depuis quelques jours. La cicatrice est encore un peu rouge et légèrement ridée.

30 mai. — La malade quitte le service. La cicatrice est blanche, rappelant celle d'une brûlure ancienne.

OBS. VI. — Lupus ulcéreux occupant presque toute la face. Trois raclages suivis de cautérisation au fer rouge. Cicatrices souples et blanches.

Eugénie Comte, entre à l'hôpital de l'Antiquaille, section des Chazeaux, le 10 janvier 1878, pour être traitée d'un lupus ulcéreux du visage.

Cette femme est âgée de 20 ans. Son tempérament est lymphatique. Dans son enfance elle a eu souvent mal aux yeux, a

présenté des engorgements ganglionnaires, de l'impétigo du cuir chevelu et de fréquents érysipèles à la face. Elle a été réglée à 16 ans, mais sa menstruation est irrégulière. Elle s'est mariée, il y a deux ans, et est accouchée dix mois après d'un enfant qui est bien portant. Elle a encore ses père et mère qui jouissent d'une bonne santé.

Le lupus qu'elle présente, a débuté il y a sept ans, par de gros boutons rouges qui se sont montrés sur les joues. Puis les lèvres se sont tuméfiées et les tubercules cutanés ont envahi les ailes du nez. Elle a fait alors, dans le service de M. Horand, un traitement qui a consisté localement dans des attouchements avec la teinture d'iode. Puis, elle est allé aux eaux de Salins (Jura) qui ont paru exaspérer son affection et en activer la marche.

Depuis, elle a tenté diverses médications qui n'ont pas été suivies de succès, entre autres des attouchements avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Elle se décide enfin à entrer à l'Antiquaille, dans le service du Dr Dron, le 10 janvier 1878.

A cette époque, elle présentait un aspect véritablement hideux et repoussant. Les deux joues, les ailes et le lobule du nez et la lèvre supérieure ne forment qu'une plaie bourgeonnante et anfractueuse, d'où suintent du sang et du pus fétide. Les tissus sous-jacents sont tuméfiés et mollasses. Les ulcérations peu profondes n'ont pas des bords nettement arrêtés comme dans la syphilis, mais flasques et irréguliers. Elles s'étendent, de chaque côté, jusqu'en dehors de la pommette et des commissures labiales. Les ailes du nez et la sous-cloison sont détruites en partie. La lèvre supérieure n'est qu'une plaie bourgeonnante. Sur le dos du nez et en dehors des parties ulcérées, existent des tubercules cutanés dont quelques-uns sont déjà ulcérés. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont peu engorgés. La malade ne souffre pas beaucoup de cette lésion si étendue. Son état général est assez bon. Elle ne présente aucune manifestation syphilitique.

La malade est soumise immédiatement à un traitement général qui consiste en huile de foie de morue, 3 cuillerées par jour,

dragées d'iodure de fer, 3 aux deux principaux repas, vin de gentiane, deux cuillérées avant de manger, tisane de feuilles de noyer, bains sulfureux. Pansement avec la glycérine phéniquée.

Le 24 janvier on procède à la destruction du tissu morbide. La malade est anesthésiée avec l'éther. M. Dron racle la joue gauche en se servant de curettes de diverses formes. Il enlève non-seulement la pulpe qu'a formée le lupus, mais les tubercules cutanés circonvoisins. Arrivé sur le tissu fibreux résistant du derme, il cherche à énucler le néoplasme enchassé dans ses mailles, et attaque les ailes du nez dont il enlève toute la portion ramollie ce qui les échancre notablement. Il a soin qu'il y ait parité, autant que possible, dans leur forme. Le lobule du nez est également râclé ainsi que les tubercules développés sur la face dorsale. La moitié de la lèvre supérieure subit le même sort. A ce moment, la malade dont la bouche et le nez ne sont plus couverts par le sac à éther s'éveille, s'agite et se plaint. Le raclage qui a été fait aussi profondément que possible est arrêté. La plaie est lavée avec l'eau phéniquée (20/1000). On établit avec des éponges une compression temporaire pour arrêter le sang. Puis on anesthésie de nouveau la malade pendant qu'on fait chauffer des fers à cautériser dont l'extrémité est olivaire. La malade profondément endormie, l'appareil à anesthésie est enlevé et M. Dron cautérise avec les fers chauffés au rouge sombre toutes les surfaces qui ont été raclées. Il ne s'arrête que quand il n'y a plus de suintement sanguin et que la plaie présente une eschare noirâtre. Toutes les parties cautérisées sont couvertes de charpie rapée, imbibée d'eau phéniquée et le tout est maintenu par un bandage.

Le pansement resta en place trois jours, et le 27 janvier par des lotions prolongées d'eau tiède phéniquée, on nettoya la plaie qui fut couverte de compresses imbibées de cette eau et légérement cératées. Cette vaste plaie se déterge a promptement et, sans autre pansement prit un bon aspect, se couvrit de bourgeons charnus de bonne nature dont on réprima l'exubérance avec le crayon de nitrate d'argent, et le 28 février la

cicatrisation était complète; mais la cicatrice présentait alors une teinte rouge.

On fit à cette date la même opération du côté droit de la face en suivant les mêmes procédés de raclage et de cautérisation. Les pansements, les soins consécutifs furent identiques et la malade quitta le service le 24 avril 1878, ne présentant sur son visage qu'une cicatrice qui à cette époque était encore rougeâtre, surtout à droite.

Cependant quelques points paraissaient encore suspects par leur saillie et leur coloration d'un rouge plus vif. Aussi la malade rentra-t-elle le 7 mai à l'Antiquaille, et le 14 mai on énucléa avec la curette le tissu morbide qui formait les tubercules cutanés. Leur place fut cautérisée avec le fer rouge et la cicatrice était complète au commencement de juin.

Depuis, la malade a été revue souvent et on a pu constater que peu à peu les cicatrices de ces vastes plaies sont devenues souples et blanches. Des nodosités cicatricielles ont persisté longtemps sur certains points, mais elles ont cédé peu à peu à des attouchements à la teinture d'iode.

CONCLUSIONS

De ce qui précède nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le lupus, sur les pièces que nous avons examinées, a la structure et l'évolution des produits de la tuberculose. La lésion consiste, comme on l'a vu, dans le développement de granulations tuberculeuses isolées ou confluentes subissant la dégénérescence granulo-graisseuse ou la transformation fibreuse. Les examens que nous avons faits sont donc confirmatifs de l'opinion de Friedländer qui considère le lupus comme une manifestation cutanée de la tuberculose.

Est-ce à dire que dans tous les cas et dans toutes ses formes, le lupus aura toujours une

structure identique? Il serait peut-être téméraire de l'affirmer, bien que cependant nous soyons assez disposés à l'admettre et que l'étude que nous avons pu faire vienne appuyer cette manière de voir.

Nous nous contenterons donc de dire que tous nos cas de lupus sont des cas de tuberculose de la peau, laissant à l'avenir le soin de décider si c'est là véritablement une règle fixe et sans exception.

2° Le traitement que l'on doit employer de préférence est, d'après nous, le raclage suivi d'une cautérisation légère au fer rouge. Par le raclage on enlève tous les éléments pathologiques de vitalité peu développée dont l'élimination ou la disparition naturelle réclame souvent un temps assez long; par le fer rouge on fait naître dans les tissus une inflammation substitutive qui les conduit vers la cicatrisation et favorise soit la destruction soit la transformation des éléments pathologiques qui auraient pu échapper au raclage.

646 — Impr. A. WALTENER et Cie, rue Bellecordière, 14, à Lyon.

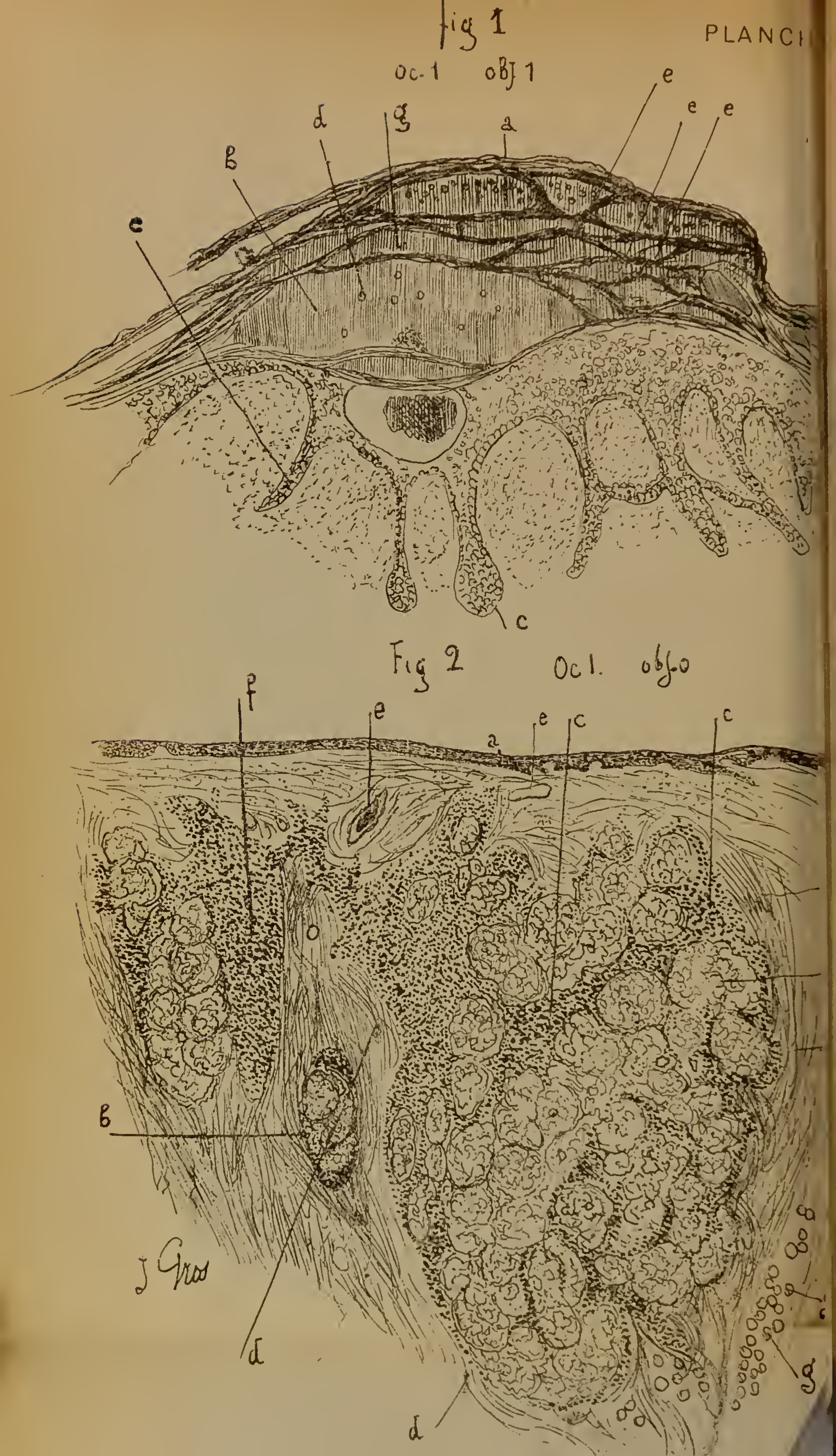

Fig 1
Oc. 1 obj 1
a
b
c
d
e
e
e
e
g
Fig 2
Oc 1. obj 0
a
b
c
c
d
d
e
e
f
g
J Gros

PLANCHE I

Fig. 1. — Ulcération du lupus par formation de phlyctène

a. Lame superficielle de la couche cornée, recouvrant le liquide de la phlyctène.

b. Sérosité remplissant la cavité produite par la destruction de la couche granuleuse.

cc. Prolongements interpapillaires de l'épiderme.

d. Globules blancs du liquide de la phlyctène.

eee. Travées formées par les cellules cornées. — Elles cloisonnent la cavité de la phlyctène et la transforment en une série de vacuoles.

g. Vacuole formée dans les interstices des cellules cornées.

Fig. 2. — Lésions du derme

a. Épiderme en voie d'atrophie par corrosion.

b. Ilot primitif ou follicule tuberculeux.

cc. Traînées de cellules embryonnaires, cloisonnant l'ilot secondaire.

dddd. Tissu conjonctif entourant l'ilot secondaire et en indiquant les limites.

ee. Lacunes lymphatiques du derme.

f. Cellules embryonnaires accumulées dans un trajet lymphatique du derme.

gg. Vésicules adipeuses.

PLANCHE II

Fig. 3. — Follicule tuberculeux

a. Cellule géante.
b. Zone épithélioïde.
c. Zone embryonnaire.
d. Tissu conjonctif entourant le follicule tuberculeux.

Fig. 4. — Follicule en voie d'évolution fibreuse

a. Cellule géante, formée par l'oblitération d'un vaisseau.
b. Cellules épithélioïdes modifiées.
c. Cellules embryonnaires devenant fusiformes, et offrant dans leurs interstices des faisceaux conjonctifs en voie de formation.

Fig. 5. — Tissu réticulé du lupus

a. Cellules embryonnaires.
b. Fibres du tissu réticulé.
cc. Vaisseaux.
d. Cellules nodales.

Fig. 3

Oc. 1 - obj 6

a

b

c

d

Fig. 4.

Oc. 1. obj. 6

a

b

c

Fig 5

Oc. 1 obj. 7

a

c

c

b

d

J Gros